

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESPECIALIZACION EN ODONTOLOGIA SOCIAL Y

COMUNITARIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL:

ORGANIZACIONES DE LA SALUD A NIVEL MUNDIAL.

UNICEF, OMS, ONU, OPS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Autor: Odontólogo Dominguez Guidi Ramiro Livio

Directora: Doctora Peñalva Maria Anahi

Co-Director: Magister Papel Gustavo Omar

AÑO 2024



Agradecimientos

A mi Directora Doctora Peñalva Maria Anahi

A mi Co-Director Magister Papel Gustavo Omar

Por el tiempo y dedicación en mi formación para concluir este trabajo.

A la Autoridades de la Facultad de Odontología de la UNLP por haberme permitido continuar mi trayectoria formativa en esta Institución.

Dedicatoria:

A mi Familia

A mis Amigos

A mis Compañeros de las Asignaturas Bioquímica Estomatológica y Fisiología

Índice

Presentación del Problema.....	Pág. 5
Interrogantes.....	Pág. 5
Relevamiento Inicial de Antecedentes.....	Pág. 5
Objetivos.....	Pág. 20
Marco Conceptual.....	Pág. 20
Enfoque, Plan de Desarrollo Metodológico.....	Pág. 32
Diseño Metodológico.....	Pág. 32
Resultados.....	Pág. 33
Conclusiones.....	Pág. 71
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 73
Bibliografía General.....	Pág. 76

Presentación del problema

Las cuestiones de salud han estado en la agenda de los Estados-Nación desde que las enfermedades, principalmente las epidemias, han afectado al comercio generando grandes pérdidas económicas. Esto implicó que los Estados se ocuparan del control de enfermedades para garantizar que el desarrollo de los pueblos no fuera imposibilitado por problemas de salud.

Las organizaciones mundiales vinculadas a la salud funcionan individualmente, con propuestas en dicha área. Así, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud dispone de una Agenda de Salud de las Américas, aprobada por los Estados Miembros, que orienta el abordaje de los aspectos de mayor prioridad para mejorar las condiciones de salud de la población. En Argentina, esta agenda se implementa a través de diversas acciones de cooperación técnica con la finalidad, de alcanzar el desarrollo sostenible, la disminución de brechas de inequidad en salud, el abordaje de sus determinantes sociales y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios priorizando la Atención Primaria de Salud y la inclusión de la misma en todas las políticas.

Interrogantes

- ¿De qué modos estas Organizaciones Internacionales en salud van emergiendo en la historia?, ¿cuáles son sus misiones?, ¿cómo se financian u obtienen los recursos?
- ¿Cómo sus propuestas para resolver problemáticas en salud se adaptan o inciden en las políticas de salud en el caso de Argentina? ¿Qué efectos producen sus reglamentaciones?
- ¿Cómo se adaptan sus propuestas a las escuelas o corrientes que promueven la participación comunitaria (Ejemplo Salud Colectiva) para las construcciones de planes y/o proyectos y/o políticas en salud en el país?
- ¿Cómo son o fueron sus roles o liderazgos en momentos de crisis sanitarias?

Relevamiento inicial de antecedentes

La definición de salud que más se conoce en la actualidad es la declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948: *el completado estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedades*. Así es que constituye un bien natural y social que genera en los habitantes el derecho al más completo bienestar psicológico, físico, ambiental y social. Los gobiernos deben garantizar este derecho mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación de los individuos y de la comunidad. El Estado establece, regula y fiscaliza el sistema de salud; integra todos los recursos y concretas políticas sanitarias junto a los distintos gobiernos: federal, provinciales, municipales e instituciones sociales (públicas y privadas). Este contexto será analizado detenidamente en páginas posteriores.

Si bien no existe una definición única de la salud internacional, diversos autores han intentado definir sus contornos y márgenes conceptuales. Así encontramos a

- G. Basile (2018 p 9)^{1a} plantea la perspectiva de la salud en la historia como un punto de partida de la salud internacional:

Se define a la salud internacional o salud pública internacional como un campo de conocimientos, investigación y acción-práctica interdisciplinaria siendo un concepto que analiza la situación de salud poblacional o de la comunidad internacional como un todo. En particular se tratan de manera preferencial los temas relacionados con las enfermedades que traspasan las fronteras de los países y el rol de los Estados-Nación se define como un campo de conocimiento (...) Al ámbito de las relaciones internacionales concebidas como una superestructura política, económica, militar, que regula la relación entre las naciones, es que se denomina a la salud como asunto internacional. Por eso se analizan los reglamentos, usos y costumbres de lo sanitario en lo internacional, los flujos financieros y de bienes y servicios que circulan de un lado al otro, la expansión de la estructura explicativa de los procesos de salud-enfermedad de los países hacia lo internacional o la salud como un área importante de las relaciones internacionales.

- M. B. Herrero y M. Belardo (2020 p. 2)^{2a} citan a Mario Rovere quien, en un intento por complejizar esa definición, entiende a *la Salud Internacional como un recorte del campo de las relaciones internacionales que, a través del intercambio del conocimiento, información, financiamiento, insumos, tecnología física y de gestión e influencia política, tiende a mejorar las condiciones de salud y de vida de las poblaciones dentro de los límites que los intereses de los países involucrados imponen.*

Desde mediados de los años noventa se está utilizando el término “globalización”, proveniente de la economía y frecuente en la política neoliberal para designar algún elemento de la totalidad universal.

- A Brin (2011 p 101)³considera:

(...) la moda de la globalización para rebautizar el campo de la salud internacional con el nombre de “salud global”, con lo cual propugnan toda una variedad de programas de trabajo, ya sea idealistas, oportunistas o impulsados por la realidad política. La expresión “salud global” la habían empleado de vez en cuando, en diversas formas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Gobierno de los Estados Unidos y las agencias de control poblacional, así como varios movimientos progresistas en los campos antinuclear, ambiental y de atención de salud universal, lo cual indica intereses contradictorios con respecto al uso de este nombre.

Ambas conceptualizaciones (Salud Internacional y Salud Global) no son sinónimos, pero tampoco son excluyentes. Al hablar de Salud Internacional se hace referencia al contexto de Salud Comunitaria Internacional, Medicina Social y Salud Colectiva, conceptos que conllevan el rol de los Estados – Nación en este tema. El concepto de Salud Global se halla enmarcado en las políticas neoliberales, en línea con el capitalismo. No obstante, aquí

se replican las exposiciones de la OMS y la OPS (2013 p 15)⁴, en un artículo sobre el *Marco Regional de Competencias en Salud Pública (MRCESP)*¹:

La salud internacional / global es el enfoque trans-disciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que, con equidad, ética y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través de la diplomacia en salud y la cooperación técnica.

A modo de síntesis la Salud Global es un término más contemporáneo y pareciera que favorece al capital privado a invertir en el Campo de la Salud con desregulación por parte del Estado; mientras que la Salud Internacional es un concepto anterior, en el cual prevalece el papel de los Estados-Nación en dicho Campo.

En la historia de las colonias, aparecen las necesidades económicas y problemáticas que se deben a las epidemias de fiebre tifoidea, malaria, cólera, fiebre amarilla, peste bubónica y otras.

La medicina colonial, sobre todo la desarrollada en Gran Bretaña, se constituye en un modelo paradigmático que pone en práctica el conocimiento europeo. Pero, además, los gobiernos de las colonias ejercían cierto control social, ya que la medicina era aplicada por personal del ejército británico.

Por un lado, existe la necesidad de salubridad para la gobernabilidad y por otro, el higienismo sanitario, base de la Medicina Tropical, concebida por Thilley (citado por Basile 2018 p 10)^{1b} como “*un encuentro entre la investigación biológica y las ciencias médicas occidentales, en la búsqueda de curas para las enfermedades del trópico*”.

Herrero y Belardo (2020 p 5)^{2b} citan a Breilh, quien afirma

¹ MRCESP es un instrumento para definir los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales relacionadas con la salud pública necesarias dentro de la fuerza de trabajo en salud (OMS _ OPS 2013 p 15)

Las nuevas estructuras intentan profundizar las relaciones intra-regionales y persiguen una nueva cooperación interregional sur-sur. De tradición latinoamericana, la Salud colectiva y la medicina social elaboraron la construcción integral del objeto salud, como una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales

En el siglo XIX, se producen cambios sociales a partir del desarrollo económico (posteriores a la revolución industrial) y la acelerada urbanización impactan en el control de las enfermedades, que pasaron a formar parte de la agenda de los Estados

En 1851 se celebra la *Primera Conferencia Sanitaria Internacional* en París, para tratar el problema del cólera; concurren doce países y cada país es representado por un médico y un diplomático. En nuestro continente americano el problema de salud era otro: la fiebre amarilla, que impulsó el encuentro entre países a través de la 5° Conferencia Sanitaria Internacional (Washington 1881).

Sostienen Herrero y MRCESP (2020 p 11)^{2c}:

Hasta fines del siglo XIX existe gran preocupación en torno a las epidemias que amenazan la expansión capitalista. El nacimiento de la salud internacional estuvo entonces estrechamente ligado a los intereses económicos del capitalismo vernáculo, y a partir de ese fenómeno la salud comienza poco a poco a introducirse en la agenda estatal y en las relaciones internacionales de los países.

A partir de 1851, se internacionalizan los temas de salud por intermedio de la Conferencia Sanitaria Internacional, que se constituye en el marco de discusión, para enfrentar enfermedades infecciosas tales como fiebre amarilla, cólera, malaria, etc. Esta Conferencia culmina en 1852, y su resultado fue la concreción de un proyecto de Convenio Sanitario Internacional, al que se adjuntó el texto de otro proyecto para elaborar un *Reglamento Sanitario Internacional*. En 1902, en México, se emite la Resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, y en Washington, en el mismo año, se establece un Consejo Directivo Permanente.

Explica Basile (2018 p 11)^{1c}:

La Quinta Conferencia Internacional de Estados Americanos denominó a las Conferencias Sanitarias Internacionales y a la Oficina Sanitaria Internacional como Conferencias Sanitarias Panamericanas y Oficina Sanitaria Panamericana. (...) A este organismo que conocemos como Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Desde los Estados – Naciones se impulsa el surgimiento del panamericanismo de la salud pública. Las recordadas campañas verticales² sobre fiebre amarilla, tifoidea, malaria, u otras enfermedades, la propagación de programas de inmunizaciones, etc, abordan enfermedades en los enclaves productivos y cordones urbanos, con un rol destacado de la Comisión Sanitaria Rockefeller de la Fundación Rockefeller, (empresa petrolera norteamericana) en 1901, para buscar sostener la fuerza laboral agrícola y no generar pérdidas económicas, interviniendo en asuntos de Salud. Los Gobiernos buscan controlar las enfermedades, pero en ese momento, aún no se consideraba la Salud como un derecho humano que el Estado debe garantizar para poder transformarse en foco de atención social y poder incorporarse en las agendas comerciales, de política exterior y de derechos humanos.

Rovére M (2011 p22)⁵ cita a García, quien señala:

A fines del siglo XIX y comienzos del XX, la Argentina promovió una alianza científica latinoamericana, una iniciativa que irá cediendo por el surgimiento de una fuerte contrapropuesta panamericanista del gobierno de los Estados Unidos, que pronto se vería fortalecida por los éxitos en la lucha contra la fiebre amarilla en Cuba y Panamá y la creciente capacidad de agencia de uno de los grupos económicos más influyentes en la historia, que concentró su acción en la salud pública y la educación médica: la Fundación Rockefeller.

Si se adiciona a esto las reuniones sanitarias panamericanas, emerge como institución, la primera organización mundial que tiene como fin promover la salud que es la Organización Panamericana de la Salud. Se fundó el 2/12/1902. Progresivamente, Argentina va adecuando su legislación en materia de sanidad. Esta organización

² La "verticalidad" y el autoritarismo que acabaron adoptando estas campañas y acciones de salud internacional panamericana fueron resultado de un proceso en que se ensayaron diferentes formas de control y eliminación de enfermedad.

constituye el organismo especializado en Salud dentro del sistema interamericano, cuya autoridad máxima es la Organización de Estados Americanos (OEA), hallándose además afiliada a la OMS, desde 1949, por lo que forma parte del sistema de Naciones Unidas.

Entre los 194 Estado Miembros se encuentran: Estados Unidos, México, Guatemala, Costa Rica, Uruguay, y Argentina.

Luego de la Segunda Guerra Mundial y de la creación de la Organización de Naciones Unidas (ONU), surge en 1948 un escenario internacional: la Organización Mundial de la Salud (OMS), como Ente Multinacional de referencia, donde se establecen lineamientos a seguir, cuyas declaraciones o resoluciones no siempre son de cumplimiento obligatorio (no vinculantes).

En este contexto de post Guerra Mundial, donde se enfrentaban política y económicamente la Unión Soviética y Estados Unidos (la llamada Guerra Fría), la primera decide retirarse por unos años de la OMS. A partir de entonces, Estados Unidos empieza a tener cada vez más protagonismo en los asuntos de Salud propios de la OMS, promoviendo campañas y programas verticales para tratar ciertas infecciones específicas en la Región Latinoamericana. Desde este momento en adelante Estados Unidos es el principal miembro de la OMS en realizar aportes significativos principalmente desde el punto de vista económico a la misma, por lo que tiene una gran influencia en el Campo de la Salud Internacional.

La OMS tiene como objetivos alcanzar el máximo grado de salud para todos los pueblos. Esta Organización atiende fundamentalmente problemas sanitarios de cierta relevancia, sobre todo en países en desarrollo y en contexto de crisis. Los expertos de esta Organización elaboran directrices y normas. Ayuda a los países a abordar problemáticas de salud pública y se fomenta la investigación sanitaria. Por mediación de la OMS, los gobiernos afrontan en conjunto diversos problemas mundiales de salud, para mejorar el bienestar de los pueblos. Otros objetivos son cumplir con las pautas de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas en materia sanitaria, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud maternal.

Esta organización conforma la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas y se constituye como líder responsable en asuntos sanitarios mundiales. Sus acciones son: configurar la agenda de las investigaciones en

salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

En Nueva York (Estados Unidos de Norteamérica), el 11/12/1946, por orden de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se crea el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Su fundador es Ludwik Rajchman. En 1965, esta organización recibió el Premio Nobel de la Paz. Recoge el mandato de promover la protección de los derechos de los niños y niñas, de ayudar a satisfacer sus necesidades básicas y de aumentar las oportunidades para desarrollar sus potencialidades. Considera que la base del desarrollo humano está constituida por la promoción de los derechos de los niños y su cuidado en todo el mundo.

UNICEF defiende con convicción que promover los derechos del niño y cuidar de los más pequeños de todo el mundo constituye la base del desarrollo humano.

Dentro del complejo Campo de la Salud, cada uno de los actores que observamos tiene sus propios intereses e influyen sobre el Sistema de Salud.

Cronológicamente, como intervenciones directas de las organizaciones de salud mundiales, se encuentran los Programas Verticales de Salud. Los Programas de salud consisten en una serie de actividades coherentes, organizadas e integradas destinadas a alcanzar unos objetivos concretos y definidos previamente, para mejorar el estado de salud de una población. Los Programas Verticales de Salud constituyen estrategias generalmente independientes, que están diseñados para atacar uno o algunos problemas de salud, condición particular con objetivos claros, dentro de un marco temporal aceptable y usando tecnologías específicas. Estos programas comenzaron entre los años 1950 y 1960; con ellos la OMS se propuso combatir ciertas enfermedades en particular como paludismo, tuberculosis, polio, etc. A partir de un problema determinado de salud se construyen estrategias independientes, diseñadas para enfocarse en algún problema, con un objetivo claro, con una lógica de arriba hacia abajo, centralizado, enfocado en la enfermedad (no en la salud) y haciendo uso de tecnologías específicas. Llanque Lames (2011 p iv5)⁶ considera que:

La sostenibilidad de los programas verticales depende de las Políticas de Salud, de la priorización de los mismos y por supuesto del financiamiento. El conocimiento de la población es bajo con respecto a los programas verticales en la mayoría de los Centros de salud de primer nivel de atención. Lo que demuestra que los pilares en

las actividades de los centros de salud de primer nivel, como son la promoción y prevención, no se cumplen. Debilidades en los Programas Verticales en los diferentes centros de salud de primer nivel de atención, como ser: la sobrecarga de trabajo, falta de tiempo para realizar las otras actividades del servicio, falta de recursos (insumos, medicamentos), la dispersión de funciones para el personal, ausencia de capacitaciones y supervisiones.

La salud es un derecho fundamental humano, sin él no existiría la capacidad de desenvolvemos en la vida cotidiana, según la declaración de ALMA ATA el logro de la salud para todos ayudaría a la paz mundial. En muchas ocasiones se ha observado que organismos internacionales han intervenido asesorando y recomendando, en las políticas públicas del Estado, sobre el Sistema de Salud, lo que tiene repercusiones relevantes para la calidad de vida de la población general; en definitiva, a nuestro bienestar como Sociedad.

En el *Informe sobre la salud mundial* (OMS. 2008 p13)^{7a} se añade a la Atención Primaria de la Salud, (APS) de la siguiente manera:

Actualmente se reconoce que hay poblaciones rezagadas y que se están desaprovechando oportunidades que recuerdan lo que dio lugar, hace 30 años, al cambio de paradigma de Alma-Ata en la forma de concebir la salud. La Conferencia de Alma-Ata favoreció la aparición de un “movimiento en pro de la atención primaria de salud», impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación “política, social y económicamente inaceptable» de desigualdad sanitaria en todos los países. En la Declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores. La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad ameritaría ocupar un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud, al igual que en las estructuras locales de gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil.

La Atención Primaria de la Salud 1978 (Alma Ata) y 2005 (renovación de la APS) se basa en intervenciones horizontales, atención de salud de manera integral (intersectorial y multidisciplinaria), con participación de la comunidad a partir de un enfoque de derechos.

David Tejada de Rivero, quien fuera subdirector de la OMS desde 1974 hasta 1985 (2003 p1)^{8a} expresa:

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como "globalización". Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

Hemos mencionado la importancia del lema “Salud para todos” en el año 2000 pero, más recientemente, Tejada Rivero analiza y reflexiona sobre esta cuestión, y critica la interpretación que, según el autor, aparece distorsionada o, en el mejor de los casos, simplificada. Si se efectúa un análisis en el marco del contexto del paradigma hegemónico y económico mundial y se recuerda que era la época de post-guerra mundial, en un escenario internacional de la Guerra Fría, estaba en disputa el modelo imperante, que también influía en la manera de abordar y resolver los problemas de salud de los pueblos.

Puntualmente, en la traducción al español de la Declaración de Alma Ata, se titula en inglés *Primary Health Care*, que en nuestro idioma ha sido traducida como “Atención Primaria de la Salud (APS)”. Para Tejada Rivero (2003 p3)^{8b} esta interpretación no es la más apropiada, sería sesgada y restringida su concepción.

Si se analiza la frase traducida, el término Salud, en este trabajo, ya lo hemos conceptualizado en sus diferentes acepciones según los autores consultados.

Con respecto a “Atención” en la versión en inglés se utiliza la palabra “Care”, pero este término, no tiene las mismas implicancias que el vocablo “Cuidado”. Tejada Rivero (año p3)^{8c} sostiene:

“cuidado tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social.”

En relación a “Primaria”, aunque presenta varias acepciones, Tejada Rivero explica dos: una, que refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden o grado” (Tejada Rivero 2003 p 3)8d.

Este autor manifiesta que tendría que haber prevalecido esta última concepción siguiendo el espíritu de la Conferencia de Alma Ata. No obstante, a causa de diferentes pujas de poder, se inclinó por una acepción más precaria o fácil de llevar a la práctica en desmedro de la Salud Integral de la Población.

Concomitantemente con esto, la *Atención Primaria Selectiva* que tendría una vinculación más estrecha con la primera acepción a lo Primitivo; dicho de otra manera, a prestar servicios de salud solo a la población que no disponga de recursos o se encuentre en la pobreza (sin poder adquisitivo), donde solo atiende cuestiones puntuales a través de programas. Mario Testa (2020 p 149)9 también refiere sobre esta cuestión de la contraposición primaria / primitivo: *“APS” no es un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia*”. Es decir, todo depende de donde se inserta esta estrategia. Cada Sistema de Salud concreta la significación de la APS; así puede tener un significado *“concreto”* según el sistema al que está inserto o uno *“abstracto”*, *el que corresponde a su definición ideológica como la que puede observarse en los documentos de la OMS”*

Volviendo al término Atención Primaria de la Salud una posible traducción más apropiada o fiel siguiendo esta línea podría haber sido Cuidados Primarios de la Salud.

Por esos años, aunque existían programas para el control de infecciones que eran promovidos por los organismos internacionales y los Estados-Nación, la situación se volvía más compleja, ya que en ciertos países y sectores de la Sociedad aumentaban la esperanza de vida y con ello la aparición significativa de las enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades degenerativas, cardiovasculares, oncológicas, que además aumentan los costos de su atención y cuidados. Las diferentes formas de enfermar y de morir dependían de las condiciones sociales de las personas.

Por esta situación y teniendo en cuenta las experiencias de algunos países en vías de desarrollo con dificultades financieras (entre ellos China, India, algunos países africanos y de América Latina) se va gestando la Atención Primaria de la Salud. Ante estos hechos la OMS los proyecta a nivel Mundial.

Tejada de Rivero (2003 p3)^{8b} relata que en 1976 el vice Ministro de Salud para Asuntos Internacionales de la Unión Soviética Dimitri Venediktov lo visita con la intención de desarrollar una conferencia internacional sobre atención primaria de la salud. Venediktov pretendía participar activamente y no dejar que China (como país socialista) se lleve el triunfo de los cambios que se estaban gestando al respecto.

Todos estos sucesos dieron lugar a la Conferencia en Alma Ata (Kazajistán), del 6 al 12 de septiembre de 1978 que también fue impulsada por UNICEF.

En la Declaración de dicha conferencia se vuelve a mencionar a la Salud como un derecho fundamental humano. Asimismo, se explica que las desigualdades existentes en salud entre las personas son inaceptables y es una responsabilidad de los países en su conjunto. También es de destacar que enfatiza la participación comunitaria cuando menciona que es un deber y un derecho de las personas.

Otra cuestión que se condice con el contexto socio-histórico de la Post-guerra Mundial y en ese momento la Guerra Fría es el artículo III de la Declaración de Alma Ata (1978p1)⁹ a explica:

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

Al poco tiempo, a los inicios de la década del 80 se empieza a cuestionar las propuestas para resolver los problemas de salud de los pueblos que se promovía en la Declaración de Alma-Ata. De esta manera, el Banco Mundial cuestiona este enfoque al referir que “(..)debido a que los costos de este enfoque se estimaron demasiado altos (entre 5.4 y 9.3 mil millones de dólares para el año 2000). Por lo tanto, se planteó el aplazamiento

de tal propuesta. En su lugar, se sugirió luchar en contra de un número específico de enfermedades.” (Observatorio Global de Salud Italiano, Año 2008 p38)^{10 a}

Como alternativa de abordaje se plantea lo que posteriormente se llamó *Atención Primaria Selectiva*, donde se abordan enfermedades puntuales, se atienden problemas específicos de salud como vacunación y malaria. Esta propuesta fue acompañada por la Fundación Rockefeller que en 1985 organizó la conferencia de Bellagio “*Buena Salud a bajo costo*”. El Observatorio Global de Salud Italiano (2008 p 39)^{9b} señala que “*este enfoque llamativamente también fue acompañado por UNICEF (que hace unos años atrás había promovido la Conferencia de Alma-Ata donde se propuso una Atención Primaria Universal)*).

A partir de la década de los 80 hasta inicios del año 2000 diferentes autores observaron que la OMS y la OPS pierden su rol protagónico en el Campo de la Salud, pasando entonces a tener más relevancia en los lineamientos o directrices de las políticas públicas de salud de los Estados-Nación, los organismos internacionales de crédito como el Banco Mundial.

Además, se ve afectada la disponibilidad de fondos o de recursos de la OMS. Se debe recordar que, según su Estatuto, este organismo recibe los aportes que realizan los Estados Miembros, pero además puede recibir aportes voluntarios de Organizaciones No Gubernamentales (Fundaciones Filantrópicas, Empresas Farmacéuticas, etc.). Se observa que, durante la década del 90, el Banco Mundial tenía la capacidad de realizar préstamos para financiar políticas en salud (siguiendo sus lineamientos) que superaba al presupuesto que manejaba la OMS.

Señalan Herrero y Belardo (2020 p18)^{2d}:

(...) el prestigio de la OMS rápidamente fue en descenso y como estrategia de supervivencia comenzó a emplear los conceptos de “fondos globales” y “asociaciones mundiales” en donde un conjunto de actores privados (fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas) comenzaron a incidir económica y políticamente en la definición de las líneas estratégicas de la salud a escala global

En 1993 el Banco Mundial da a conocer un reporte oficial llamado “Invertir en Salud”. Herrero y Belardo (2020 p18)^{2e} refieren a Ugalde y Jackson, quienes manifiestan la relevancia de “*minimizar el papel de los gobiernos en el sector salud y coloca la mayor parte de la responsabilidad en el individuo*”.

A esto se le suma que la OMS cada vez recibía más aportes de actores privados, haciendo impactar los intereses de estos últimos en la agenda; luego de 1993 las contribuciones voluntarias de actores privados empiezan a superar ampliamente los aportes que realizan los Estados miembros (debido al congelamiento de las contribuciones promovido por Estados Unidos); estas contribuciones voluntarias de Organizaciones privadas iban destinadas directamente a un fin o programa específico, por lo tanto la autonomía para direccionar los lineamientos en salud a nivel mundial se veían significativamente reducidas por la OMS.

Se puede observar que en este período la rectoría de la Salud de los Pueblos estaba regida por Organismo de Crédito, y no por un Organismo especializado en Salud, lo que determina que en muchos países como el nuestro, Argentina, se agraven aún más las desigualdades sociales en salud, que en 1978 con la Declaración de Alma-Ata se buscaban disminuir.

Este escenario, que coincide con las políticas neoliberales de la época que pretendía hacer un recorte presupuestario estatal en salud, desdibuja la concepción de salud como derecho humano, y pasa a tener una mirada mercantilista, supeditada el acceso a la misma por el poder adquisitivo de los individuos.

Damonte Fenlk, en el capítulo II del libro de Bruno y Guerrini (2014 p94)^{11a}expresa

A partir de la década del 2000 la OMS y la OPS intentan lograr recuperar su rol como líderes en el Campo de la Salud, se impulsa a través del documento Renovación de la APS en las América, y se remarca que la APS es más necesaria que nunca, intenta garantizar el acceso universal a la salud (y no selectivo), gratuita e integral, y se reorganizan los servicios de salud de los países trabajando de manera cooperativa.

Al respecto, Herrero y Belardo (2020 p 22)^{2e} sostienen:

“La OMS intenta generar alianzas en este campo cada vez más complejo y diverso, para financiarse a través de Asociaciones y Fondos Globales formado por actores públicos y privados.

En referencia a América Latina en los inicios del 2000, como surgimiento de gobiernos democráticos con una fuerte intervención del Estado, se intentó apaliar las consecuencias

de las políticas neoliberales de las décadas pasadas. En este contexto las Políticas de Salud tuvieron un rol notorio para afrontar las desigualdades sociales, revalorizándose nuevamente la salud como un derecho humano más que una mercancía.

Dos décadas antes, en los 80, los Sistemas Locales de Salud (llamados SILOS, desde esa década) constituyen un conjunto interrelacionado de servicios de salud, sectoriales y extra-sectoriales, en una zona específica. Estos Sistemas son considerados por la OPS como una opción que se complementa con la APS para un uso más eficiente de los recursos, jerarquizando la acción local, lo cual implica impulsar la toma de decisiones en los sitios donde se generan los problemas, propiciando la descentralización.

Carlyle Guerra de Macedo (1993 p vi)^{12b} como Director de la OPS, en su prólogo al libro “*El desarrollo y formación de los Sistemas Locales de Salud*” manifiesta:

“En la necesidad de identificar enfoques que permitan acelerar el avance en este proceso de transformación, los países de la Región y la OPS/OMS han aceptado que el fortalecimiento y desarrollo de los Sistema Locales de Salud es una táctica operativa adecuada para impulsar la transformación propuesta y posibilitar la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria. El compromiso asumido por los países y por la Organización para el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, constituye uno de los ejes fundamentales de trabajo en la cooperación técnica de la OPS”.

Determinantes Sociales de la Salud (a finales de la década del 2000): se busca integrar desde la perspectiva sectorial a los factores económicos, educativos, ambientales, culturales como componentes de las desigualdades sanitarias.

Redes Integradas de Servicios de Salud (2008): buscan asegurar una atención más integrada, eficiente y equitativa frente a los altos niveles de fragmentación de los sistemas de salud. Se intenta desarrollar redes basadas en la atención primaria financiadas por presupuesto estatal que garantice una cobertura universal. Esto se logra a través de la vinculación y articulación de un conjunto disperso de actores, servicios y prestaciones de diferente complejidad/especialización en un mismo espacio; en este esquema de Red, el Hospital se jerarquiza cumpliendo el rol de articular con los demás agentes.

Objetivos

Objetivo General

- Identificar las Organizaciones Internacionales de Salud, con el objetivo de comprender su vinculación con las políticas de salud en Argentina, focalizando su impacto en la perspectiva social y comunitaria.

Objetivos Específicos

- Determinar la misión de estas Organizaciones Mundiales en Salud y su influencia en Argentina.
- Establecer las perspectivas que asumen los distintos organismos internacionales respecto a las políticas públicas de salud comunitaria.

Marco conceptual o fundamentación teórica inicial

La definición de salud fue evolucionando con el paso de la historia; la más conocida en la actualidad es la declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *el completado estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedades*. Trayendo a colación ciertas reflexiones que hace Ferrandini sobre la conceptualización de salud (2011), ¿quién podría decir que vive en un completo estado de bienestar?, quizás en pequeños instantes de nuestras vidas, pero no de forma permanente. Además de ser considerada extremadamente general, que sirve para toda la sociedad en cualquier época histórica, la cuestión del “*completo estado de bienestar*”, se llevó gran parte de las discusiones. Berlinguer (2003 p 21)¹³ en reiteradas ocasiones relata que “*si un hombre se presentara en la OMS y declarase: “yo gozo de un completo estado de bienestar físico, mental y social”, arriesgaría a ser considerado un extravagante y tal vez sería encerrado en un manicomio*”. Entonces, como profesionales de la salud, se nos plantea un reto utópico porque buscamos algo que nunca vamos a alcanzar.

La salud constituye un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales

y económicos, además del de la salud.” OMS Declaración de ALMA-ATA (1978)^{8b}.

Independientemente de una ideología, en presencia de un Estado socialmente sensible, se considera que el “derecho constitucional” no puede escatimar una moderada y justa intervención estatal para atenuar las desigualdades más importantes que impiden a muchas personas acceder realmente al efectivo disfrute de los derechos.

En nuestra actividad cotidiana, les indicamos a los pacientes que se cepillen los dientes cuatro veces al día, que no coman ciertos alimentos cariogénicos, que sustituyan ciertos endulzantes por otros, prescribimos fármacos, por ejemplo, colutorios con clorhexidina, pero realmente ¿las personas tienen todos los recursos para poder cumplir con las indicaciones del profesional?, o sea ¿somos realmente libres de decidir sobre cómo cuidarnos? ¿Todos tenemos el poder adquisitivo para sustituir el azúcar por edulcorantes, o comprarnos los fármacos prescritos?; nuestro trabajo o ritmo de vida ¿nos permite cepillarnos después de cada momento de azúcar?, ¿podemos elegir que alimentos comer, podemos eliminar el estrés en nuestras vidas para no generar bruxismo? ¿todos los individuos cuentan con agua potable para su higiene y cuidado?

Señalan López y Michelli (2016 p 9)¹⁴:

(...) la manifestación de la enfermedad ha cambiado a través de la historia, pero no como un devenir propio de la biología de los individuos clasificados por etnia, sexo o edad, sino por las formas en que la enfermedad se manifestó en individuos y comunidad según el lugar que estas ocuparon en la organización económica social en un momento histórico determinado. Al mismo tiempo, consideramos necesario reparar que la forma que esta asume y los cambios que en ella se dan, son el resultado de un proceso complejo y dinámico de entramados de relaciones de poder, de intereses, luchas y conflictos de los diferentes actores sociales. No son cambios abruptos, ni se conforman de un día para otro, se construyen en el día a día y constituyen un proceso en el devenir histórico.

Con referencia a la salud, Floreal Ferrara (1975 p1)^{15 a} explica:

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque

para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, (...) la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida, es decir, intentar cambiar lo que provoca malestar, sufrimiento o es perjudicial. No nos centramos en conseguir el “completado estado de bienestar”, sino de sortear los obstáculos que se nos presentan y que podríamos superar.

En otras palabras, empoderar a las personas, dotarlas de mayores recursos para que ellas puedan tomar decisiones y transformar su vida o mejorarla, problematizando las cuestiones que son imposibles de resolver totalmente de un día para el otro, sin desconocerlas. Esto implica desear una transformación de la realidad y para ello es necesario el compromiso, el protagonismo y la participación activa de los actores o sujetos que viven cotidianamente sufriendo problemas de salud. Raúl Valente (1999 p 49)^{16a} expresa: *“La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona. Es un bien social”*.

Así es que constituye un bien natural y social que genera en los habitantes el derecho al más completo bienestar psicológico, físico, ambiental y social. Los gobiernos deben garantizar este derecho mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación de los individuos y de la comunidad. El Estado establece, regula y fiscaliza el sistema de salud; integra todos los recursos y concreta políticas sanitarias junto a los distintos gobiernos: federal, provinciales, municipales e instituciones sociales, públicas y privadas. Valente (1999 p 50)^{16 b} cita a Ignacio Katz cuando manifiesta *“El derecho a la salud se ha convertido, desde hace un tiempo en un tópico social; es decir, en algo de lo que se habla reiteradamente, pero que de tanto reivindicarlo, se ha ido vaciando de contenido”*.

Cuando hablamos de problemas, hacemos referencia a situaciones no deseables, que podrían mejorar y cambiar. Por lo tanto, siempre a un problema lo construye una persona, un grupo o una comunidad, que desea transformar o cambiar la realidad.

F Ferrara (1975 p1)^{15b} observa que

(...) es a través de que nos constituimos como sujetos que podemos intentar tomar el control de nuestras vidas para ser un poco más libres, en el sentido de ser capaces de tomar decisiones y lograr resultados que mejoren nuestras vidas. (...), podemos transformar la realidad y mejorar la salud. Si decimos que un problema

es una construcción del sujeto, se nos plantea tratar de entender el problema construido por el mismo, sea un individuo o una comunidad, y debemos comprender como lo viven, que condiciones son las que limitan su vida, como desean cambiarla y con qué recursos cuentan. En equipo o a través de organizaciones y respetando la autonomía de ese sujeto, es que diseñaremos una estrategia de cambio: a partir de estos enunciados es que se trabaja desde las Corrientes de Salud Comunitaria /Salud Colectiva, haciendo participe de la toma de decisiones de salud a las personas y grupos; de esta forma logramos incluir en las propuestas la cultura de nuestra comunidad de trabajo y así, una mayor probabilidad de éxitos en su implementación.

Nadie se atrevería a cuestionar directamente “*el derecho a la salud*” de un semejante, pero pocos son los que saben de qué se trata y. hasta ahora, no se ha logrado traducir en acciones concretas. Ortega y Espósito (2019 p 27)¹⁷ citan a González Díaz, quien define el Derecho a la Salud como “*Rama del Derecho que regula las relaciones jurídicas que tienen por objeto la salud humana y su protección, entendida la salud como una actitud de armonía que abarca los estados de completo bienestar físico, mental y social, lograda en un medio ambiente que garantice la sostenibilidad de este equilibrio*”.

La imaginación popular cree que “*el derecho a la salud*” está escrito en nuestra Constitución. Pero nuestra Constitución Argentina de 1853 no dice nada sobre salud. El artículo 14, que nombra los derechos que gozan los habitantes de la Nación no menciona entre ellos la salud. La omisión de la Constitución Nacional se corresponde con las de algunas cartas orgánicas provinciales de la época. Las constituciones provinciales más antiguas (Catamarca 1.895 y Tucumán de 1.907) no hablan de salud.

En el período comprendido entre los años 1.923 y 1.935 se promulgan las cartas orgánicas de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Salta y San Juan. En ellas se hace referencia a la salubridad como una atribución municipal. Posteriormente, entre 1957 y 1962 la salud aparece también, con características similares en las Constituciones de Corrientes, Chaco, La Pampa y Misiones.

Es en la Constitución de Chubut donde se introduce un verdadero cambio al establecer que la ley garantizará a todo trabajador en relación de dependencia “*la higiene y seguridad en el trabajo y la asistencia médica*” (artículo 46). En su artículo 52, el Estado provincial asegura a sus habitantes el derecho de la protección a la salud.

Tanto la constitución de Chaco como la de Río Negro, determinan el deber de todos los habitantes de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad.

Asimismo, la Constitución de Formosa dedica varios artículos a la salud, estableciendo la creación de un Reglamento provincial de seguros sociales y la tutela de la salud como derecho fundamental del sujeto. Valente (1999 p 50)^{16 c} hace referencia a Katz, quien señala:

“El tema cobra diversas formas: aparece en diferentes artículos de la Constitución de Río Negro, como en la de Santa Fe, Chaco y Neuquén. Al respecto, la más generosa es esta última, en la que se dispone que la provincia debe velar por la salud y la higiene pública, especialmente en lo referido a prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud”. “Para algunos estudiosos - sostiene el mismo autor-la omisión de 1.853 es solo una omisión de época, ya que se trata de un derecho que empezó a ser reconocido universalmente a partir de la segunda mitad de este siglo (XX).³

En 1949 se reformó la Constitución Nacional y se planteó la atribución del poder central de todo lo concerniente a la salud pública. Aun así, la relevancia que alcanzó el tema fue escasa y contrasta con la opinión de Ramón Carrillo, ministro de salud, quien, en diversos artículos publicados en aquella época, analiza el tema con profundidad y erudición. La

-
- ³Los Derechos Humanos conforman el conjunto de derechos y libertades fundamentales para el disfrute de la vida humana en condiciones de plena dignidad, y se definen como intrínsecos a toda persona por el mero hecho de pertenecer al género humano. Estos derechos, establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado. Son derechos inalienables para todos los seres humanos; los primeros derechos civiles y políticos fueron exigidos por el pueblo en la Asamblea de la Revolución Francesas. Posteriormente son reconocidos como Derechos Humanos de segunda generación los siguientes: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella y a su familia la salud, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
 - Toda persona tiene derecho a la salud física y mental.
 - Durante la maternidad y la infancia toda persona tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

Convención de 1957, no mejora las cosas, y solo incorpora en el artículo 14 “bis”, la protección del trabajador y el beneficio de la seguridad social obligatoria.

Aunque resulte difícil de creer, la omisión de ese derecho fundamental que todos proclaman y postulan, se mantiene hasta hoy, ya que la reforma de 1994 no lo tuvo en cuenta: Los constituyentes y coaliciones políticas olvidaron incorporar el tema salud a la agenda del debate.

Teniendo en cuenta como antecedentes su inclusión en la Constitución del 49, los peronistas no se proclaman pioneros en la materia; los radicales se muestran amnésicos al momento de recordar el derecho a la salud había sido bandera de su último gobierno; el socialismo, un partido de tradición higienista que introdujo la asepsia médica en la cirugía comparte el olvido. Como resultado de tan poca memoria, el texto constitucional retrocede en el tiempo en materia de salud, dejándola al arbitrio de interpretaciones legales

La omisión no fue siquiera fruto de un debate o de la victoria de una postura opuesta al reconocimiento de este derecho: se trata más de un significativo error, para entender el lugar que ocupa la salud pública entre las preocupaciones de la clase política argentina.

De todos modos, es relevante conocer que señala la Constitución acerca del tema salud. Esto es. ¿Qué significa “*el derecho a la salud*”? , ¿cómo se puede garantizar a las personas el derecho a estar sano, el derecho a no enfermarse?, ¿Qué puede hacer?

Katz, citado por Valente (1999 p51)^{16d} explica: “*Obviamente, la salud en sí misma no puede garantizarla ningún Estado, asociación o individuo. Sin embargo, la Constitución debe referirse al tema, no a través de un abstracto “derecho a la salud”, imposible de cumplir en la práctica, sino garantizando “el derecho a acceder a sistemas de salud”.*

Pero al respecto podemos destacar que, gracias al Pacto de Olivos, los Tratados Internacionales a los que adhiere la Argentina tienen jerarquía constitucional. Por lo tanto, debido a la suscripción de nuestro país a la OMS/OPS que reconoce el derecho a la salud, el mismo se encuentra garantizado en nuestro territorio.

En este trabajo se estudian las Organizaciones Internacionales de Salud desde sus antecedentes históricos, sus acciones y sus influencias en Argentina. Estas organizaciones se hallan inmersas en un contexto que, en mi perspectiva, se asienta en la *Teoría de*

Campo de Pierre Bourdieu, que luego continúan desarrollando Testa, Matus y Spinelli. Desde esta concepción, cada actor realiza su “*juego*” en función de incrementar y/o de adquirir capitales (recursos, no necesariamente económicos), lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación al interior de esta estructura al transitar distintos procesos histórico- sociales.

Se define un campo como un espacio o un escenario donde convergen diferentes actores o agentes (individuos o grupos), con diversos intereses o problemas y grados variables de poder. En este campo se ponen en juego o en lucha, sus intereses por la apropiación de algún capital o recurso y puede existir confrontación, pero también pueden, si hay intereses en común, construir de manera colectiva, haciendo alianzas. Así, los actores sociales van construyendo su realidad, razón por la cual es fundamental conocer estas miradas.

Spinelli (2010p 276)^{18 a} hace referencia a Bordieu cuando describe al Campo de la salud diferenciándolo de Sistema de salud porque da cuenta a perspectivas /concepciones distintas:

“El concepto de campo (...) entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”.

Esto significa que no existen los campos neutros, libres de disputas. Pero un Sistema, por definición, es un conjunto interrelacionado de elementos o factores que interactúan armónicamente, no hay disrupción dentro del Sistema, y si la hubiera, se producirían mecanismos para volver al estado inicial de armonía (homeostasis).

Mario Revère, Leonel Tesler y Nicolás Kreplac (2021p 45-46)¹⁹ sostienen:

Pero desde la óptica de las Ciencias Sociales, esto no sucede, sino que a partir de las disputas y las consiguientes transformaciones es que se subsiste. En cambio, en la Teoría de Campos, la disputa no es vivida como una amenaza sino como una oportunidad para el cambio social, y no se observan elementos /factores sino actores con capacidad de acción y decisión.

A continuación, Spinelli (2010 p281)^{18 b} caracteriza el campo de la salud:

El campo de la salud tiene características propias en las que sustentan la singularidad y la complejidad: los trabajadores tienen una muy alta autonomía y los procesos de gestión son de lo más complejos que presentan las instituciones de la sociedad actual. La afirmación anterior se fundamenta en las siguientes características: se trabaja con un objeto que no se puede definir, la salud; sus organizaciones son - al decir de Mintzber – “ las más democráticas de la sociedad”, dado que los niveles de menor jerarquía tienen altas dosis de autonomía; una gran parte de esas organizaciones deben funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año; se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo”.

Para que los agrupamientos sociales conformen organizaciones es preciso que incluyan dos o más miembros, tengan un fin y una estructura. Desde un punto de vista administrativo, existen varios conceptos sobre Organización, que señalo a continuación:

- Talcott Pesaron, citado por Paolini y Odriozola (2019 p9)²⁰ expresa “*Las organizaciones son unidades o agrupaciones humanas deliberadamente constituidas o reconstituidas para alcanzar fines específicos. (...) O sea las organizaciones no surgen porque sí, son intencionalmente creadas por las personas*”
- González H. E (2010 p5)²¹ en Organizaciones como entes sociales, hace referencia a varios autores:

Las Organizaciones Sociales se conceptualizan como *formas sociales complejas conscientes de un fin y racionalmente constituidas*. (Mintzber)

Las organizaciones son construcciones sociales en modos de funcionamiento formalizado y reconocido por los miembros, cuyas tareas están orientadas hacia el logro de ciertos propósitos aceptados por el conjunto y culturalmente aceptados por el medio en que se desenvuelve (Jorge Etiquin)

Pero, ¿qué son las organizaciones de salud? “*Son redes de conversaciones*”, como afirma Flores, citado por Spinelli (2010 p 285)^{8a}. Este último autor señala:

Si un gremio de la salud quisiera hacer una huelga y alcanzar un muy alto grado de participación, debería conseguir que los trabajadores asistan a su lugar de trabajo, y una vez allí, taparse la boca con una cinta, de manera de no poder hablar. Ello

provocaría una paralización total del trabajo y de la organización. Quizás ello serviría para que esos mismos trabajadores pudieran entenderse como trabajadores del conocimiento y por lo tanto como trabajadores que hacen cosas con palabras. Si la idea del trabajador del conocimiento resultara difícil de entender, bastaría solo con pensar en un trabajador de la salud con tareas asistenciales que entra a una sala, o a un consultorio, y empieza a hablar y entonces las personas comienzan a realizar acciones (se acuestan, se quitan la ropa, se van a su casa, y muchas otras posibilidades que son desencadenadas por el simple hecho de la emisión de palabras por parte de ese trabajador de la salud), sin la necesidad de tocar a ninguna de esas personas. Ese resultado es imposible para el trabajador manual, el cual solo consigue realizar su tarea tomando contacto directo a través de sus manos, o indirecto a través de las herramientas controladas por sus manos. Lo importante es que esas conversaciones que conforman la red resulten de alta calidad –nos dirá Fernando Flores entendiéndolo por ello, que lo que se diga sea lo que se haga, en contraposición a las conversaciones de baja calidad (donde lo que se enuncia, no se cumple). Las conversaciones en una organización –a veces de miles de personas– constituyen verdaderas políticas que necesitan inscribirse en narraciones que den cuenta de la organización de un “por qué” o un “para qué”. Estas narraciones constituyen identidades y en ellas se verán reflejados sus trabajadores.

La concepción de “*sistema de salud*” implica la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Dicha idea proviene del funcionalismo; se entiende como una manera simplificada de abordar algo mucho más complejo. No quiere decir que la Teoría General de Sistema sea infructuosa, generalmente se la utiliza con fines educativos para entender estructuras o procesos de forma sencilla, pero no quiere decir que sea un sistema como tal, sino que se lo estudia como un sistema para su entendimiento.

Por lo general, la literatura científica utiliza el término *Sistema* para hacer referencia a la forma en que se fragmentan o dividen los Servicios de Salud, por ejemplo, Público y Privado; Nacional, Provincial y Municipal; en este trabajo cuando hablo de *Sistema de Salud*, me refiero a esta fragmentación u organización. Y al hablar de Campo de Salud, como el espacio donde interactúan y se ponen en juego los intereses de diversos actores. Dentro del Sistema de la Salud Argentina, podemos distinguir a varios sectores: el Estado,

Obras Sociales, Sector Privado (Instituciones Privadas y Medicina Prepaga), Población y Organismos Internacionales.

El poder público, en todos sus estamentos (nación, provincia, municipio) debe integrarse con los aportes de las demás instituciones públicas y privadas, con una diagramación centralizada, y una descentralización en sus fases de ejecución.

Así como es imprescindible una estrategia orgánica entre las regiones y comunidades, en lo que hace al tratamiento de la salud, el sistema requiere de la conjugación económica y funcional.

La Fundación Soberanía Sanitaria (S/D)²² propone un Sistema Integrado de Salud:

El debate actual sobre la construcción de un sistema nacional integrado de salud en la Argentina requiere partir de algunas premisas que sirvan de base para arribar a todo acuerdo posible. Desde nuestro espacio proponemos los puntos que siguen que, lejos de ser una receta, pretenden ser ejes posibles para abrir la discusión. Los ejes posibles propuestos por esta Fundación son los siguientes:

- *El acceso a la salud es un derecho universal y garantizar su ejercicio, una responsabilidad indelegable del Estado*
- *La integración del sistema de salud argentino es necesaria porque uno de sus principales problemas es la fragmentación, que produce y reproduce la desigualdad en el acceso.*
- *Toda acción dirigida a la integración del sistema de salud deberá mejorar el acceso del pueblo en general o de una parte de la población especialmente vulnerada y no podrá ir en perjuicio del acceso a la salud de ninguna persona que habite el suelo argentino.*
- *El sistema de salud argentino es único y singular en sus características. Su composición, su evolución histórica y la totalidad de quienes participan de él deben ser tenidas en cuenta al proponer su integración. Se debe evitar imitar ejemplos extranjeros o aplicar modelos prediseñados para que las políticas sean eficaces y gocen de la legitimidad necesaria.*
- *Los cimientos del sistema nacional integrado de salud argentino (SNISA) son el Estado y las obras sociales, que en conjunto constituyen el sistema solidario de salud. Las empresas de medicina prepaga también forman parte del sistema.*

- *El SNISA necesita un sistema nacional integrado de información en salud que incluya los datos epidemiológicos, de gestión, infraestructura y fuerza laboral de todos los subsectores y todas las jurisdicciones.*
- *El SNISA exige una política nacional respecto a la fuerza laboral en salud. Para mejorar el acceso del Pueblo a la salud deben resolverse los problemas de desigualdad hacia adentro del equipo de salud y de inequidad en la distribución geográfica de profesionales. El reconocimiento como trabajo de las tareas de cuidado forma parte de la política laboral del sistema nacional integrado de salud.*
- *La articulación entre el sistema nacional integrado de salud y el sistema científico tecnológico es fuente de soberanía sanitaria y de desarrollo económico.*
- *Una política integrada de medicamentos y tecnología sanitaria mejorará el acceso del Pueblo a la salud.*
- *La integración plena del sistema de salud se logrará con los cuidados como eje central incorporando a la comunidad organizada en la toma de decisiones sanitarias.*

Dentro del complejo Campo de la Salud, uno de los actores que observamos son las Organizaciones Mundiales de la Salud como la OMS, OPS, UNICEF, entre otras. Y ellas, como actores o sujetos, tienen sus propios intereses e influyen sobre el Sistema de Salud Argentino. Las organizaciones internacionales que vamos a desarrollar son actores externos, porque su origen no es argentino, sino que participan desde afuera asesorando, recomendando y ofreciendo asistencia. Sin embargo, se debe reconocer que en el Campo de la Salud concurren varios actores con diferentes intereses y grados de poder, por lo que se da una competencia entre los diferentes sujetos, para hacer prevalecer sus intereses. Estamos ante un campo diverso: diferentes actores, con disímiles ideas y distintos grados de influencia o poder, pero también con puntos en común, desde los cuales se parte para realizar una construcción colectiva.

Desde aquella definición de campo de salud, a la que ya me he referido, la salud estuvo condicionada a diversos intereses económicos y geopolíticos de los países desarrollados, donde se observaban procesos de salud – enfermedad generada por el propio sistema social. En Estados Unidos existía una preocupación política – militar por este tipo de procesos que dieron origen al concepto de salud internacional.

Con la Guerra Fría se consideró a la salud como otro campo de disputa en que se conceptualiza a la idea de salud de dos formas: una posición socialista, donde la salud se halla determinada por las condiciones socio-económicas y una posición capitalista, donde la salud se basa en medicamentos y tecnología sanitarios que eviten la diseminación de enfermedades.

Explican Herrero y Belardo (2020 p 28)^{2f}:

Pero hay que advertir que luego de la caída de la URSS otros actores extra-sanitarios comenzaron paulatinamente a tener cada vez mayor incidencia económica y, por ende, a definir las líneas estratégicas de la salud a nivel mundial ante la ampliación de sus mercados. El Banco Mundial comienza a incidir en el área de la salud y demográfica y reemplaza a la OMS en un escenario internacional dominado por EEUU y en un contexto de congelamiento presupuestario de la OMS. ¿Nuevos? actores internacionales comienzan a influir en las políticas del organismo como la Fundación Bill y Melinda Gates, las principales transnacionales farmacéuticas como Glaxo (Británica), Novartis (Suiza), Sanofi (francesa) y algunos países con un poder económico como Estados Unidos y Reino Unido que utilizan la “Salud Global” como instrumento de su política exterior y en ese esquema uno de los targets son los centros académicos de los países desarrollados que son financiados fuertemente para desplegar programas, especializaciones y cooperación técnica en Salud Global. Esto implica que, de la mano de la Salud Global, un rasgo característico es la enorme oportunidad de inversión del capital privado. No quiere decir que antes no existía la relación entre salud internacional, intereses comerciales privados e intereses geopolíticos de los diferentes países, pero durante un tiempo estuvieron más contenidos o controlados por el contexto de la Guerra Fría.

Así, los años noventa dejan de ser una época de polarización para transformarse en una de globalización. Con esta moda se rebautiza a la salud internacional como salud global.

Luego durante la década del 2000 vuelve a ponerse en disputa y a revalorizarse el término Salud Internacional por las corrientes Latinoamericanas de Salud Colectiva.

Enfoque, plan de desarrollo metodológico:

Dada la naturaleza de este trabajo de producción de conocimientos, se recurrirá a una metodología inductiva, que va desde lo particular hacia lo general, para lo cual se usarán estrategias cualitativas para abordar el objeto de estudio: Las Organizaciones Internacionales de Salud (OMS, OPS, UNICEF, OEA).

Se analizarán diversos documentos, como la Constitución de la OMS, Constitución de la OPS; Convención de los derechos del niño (documento producido por UNICEF), Carta de la Organización Estados Americanos y otros documentos básicos seleccionados para identificar las Organizaciones Internacionales de Salud, facilitando su impacto en la perspectiva social y comunitaria (objetivo general de este Trabajo Integrador Final).

Se considera un análisis documental aquel que extrae la información desde diversos documentos para analizarlos, seleccionarlos y aplicarlos con un propósito, lo cual tiene como resultado la categorización de la información, para generar conocimiento científico y pertinente.

El enfoque subjetivo e intersubjetivo es pertinente a la estrategia de carácter cualitativo.

En primer lugar, se completará la selección de documentos elaborados por las organizaciones mencionadas. Posteriormente se analizarán otros documentos para establecer las perspectivas que asumen los organismos internacionales respecto a las políticas públicas de salud comunitaria, teniendo en cuenta formatos, contenidos y objetivos.

A partir de los hallazgos se realizará una clasificación de conceptos y se establecerán distintas categorías.

Diseño metodológico

Para el abordaje del problema planteado y retomando los interrogantes antes expuestos, se determina que el diseño metodológico más pertinente es de tipo cualitativo.

Las estrategias cualitativas consisten en describir y analizar los documentos y elaborar la información necesaria para lograr los objetivos previstos en este trabajo de producción de conocimientos.

Se realizará una revisión de literatura científica o de opinión de expertos en el tema sobre Organizaciones Mundiales en Salud y su impacto en la Salud Argentina.

Instrumentos de recolección de datos: se usarán documentos primarios o secundarios impresos, páginas web o blog de organizaciones, etc.

Pasos:

- Búsqueda de documentos,
- Selección de artículos o libros con indicaciones, como título, fecha de publicación, editorial o revista académica, país, año.
- Clasificación y categorización de los documentos atendiendo, a la información que aportan respecto a los conceptos clave, en primarios o secundarios.

Categorización:

Se consideran documentos primarios a las constituciones de la OMS y de la OPS, Convención de los Derechos del Niño (UNICEF) y la carta de la OEA

Se considera documento secundario al Reglamento interior de la Asamblea Mundial de la Salud, y al Convenio Básico entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización Panamericana de la Salud / Organización de la salud sobre Información científica y tecnológica; Cualquier otra modalidad de cooperación técnica en que puedan convenir el Gobierno y la Organización.

Resultados:

Análisis de los documentos Primarios:

Constitución de la Organización Mundial de la Salud:

Estructura Organizativa

Capítulo I: Finalidad, que contiene el artículo 1.

Capítulo II: Funciones, que presenta el artículo 2

Capítulo III: Miembros y Miembros Asociados, que comprende desde el artículo 3 hasta el artículo 8.

Capítulo IV: Órganos, que contiene el artículo 9

Capítulo V: La Asamblea de la Salud, que presenta 13 artículos, desde el 10 al 23

Capítulo VI: El Consejo Ejecutivo, que comprende 6 artículos (del 24 al 29)

Capítulo VII: Secretaría: 7 artículos, enumerados del 39 al 37

Capítulo VIII: Comités, que contiene 3 artículos, enumerados del 38 al 40

Capítulo IX: Conferencias; contiene los artículos 41 y 42

Capítulo X: Sede artículo 43

Capítulo XI: Arreglos regionales, que abarca 10 artículos (del 44 al 54)

Capítulo XII: Presupuesto y erogaciones, que comprende 4 artículos (del 55 al 58)

Capítulo XIII: Votaciones, que presenta 2 artículos (59 y 60)

Capítulo XIV: Informes presentados por los Estados, que contiene 5 artículos, (del 61 al 65)

Capítulo XV: Capacidad Jurídica Privilegios e inmunidad, que contiene 3 artículos (del 66 al 68)

Capítulo XVI: Relaciones con otras Organizaciones, que presenta (del 69 al 72)

Capítulo XVII: Reformas, que solo comprende 1 artículo, el 73

Capítulo XVIII: Interpretación, que abarca 4 capítulos, desde el 74 hasta el 77.

Capítulo XIX: Entrada en vigencia (del 79 al 82)

Análisis del documento:

La constitución de la Organización Mundial de la Salud se firma el 22 de julio de 1946 en Nueva York, durante la Conferencia Sanitaria Internacional, pero entra en vigencia el 7 de abril de 1948. Se realizaron reformas: la 26.a, la 29.a, la 39.a y la 51.a Asambleas Mundiales de la Salud.

En su creación la misma fue firmada por 61 Estados. Ha presentado varias reformas; en la actualidad se encuentra vigente la 48^{va} edición, que se ha publicado el 31 de diciembre de 2014.

A partir de ahora se describirá y analizará la Constitución con sus modificatorias hasta el año 2014.

En primer lugar, una “Constitución” política es una norma jurídica que representa la máxima jerarquía dentro del sistema normativo y de la que dependen la validez de todas las demás normas. En otro sentido, “constitución” es un documento solemne por el cual se funda una entidad (se la constituye), se le da personería jurídica (para que sus actos - realizados por sus representantes- produzcan los mismos efectos que producen los de una persona), se establecen sus fines prácticos (para qué se la hace o se la funda) y se fijan los modos de lograrlos; se define su forma de dirección (un Director General) y representación (sus autoridades, asamblea, etc.), se delimitan sus acciones, los modos de llevarlas a cabo, etc.

La constitución de la OMS empieza con una enunciación de principios: “...*los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos: ...*” y es en función de tales principios que las partes (los Estados) convienen: la finalidad, las funciones, quiénes serán sus miembros, los organismos que la manejarán (con determinación de sus respectivas competencias), y así sucesivamente.

Diferencias: a) No son las personas las creadoras del nuevo organismo, sino que son los Estados. Ellos -los suscriptores, o firmantes- acuerdan la creación del organismo y se obligan a actuar para la obtención de lo que han definido como sus fines con arreglo a los medios que también allí se definieron.

b) No hay, salvo una referencia en el art. 7 que más parece una advertencia de auténticas sanciones jurídicas para el caso de incumplimiento de las recomendaciones que puedan efectuarse.

La OMS es una creación de los Estados, con fines específicos (la salud general de la población mundial) y una validez territorial que depende de que el país firmante (o territorio incluido) la adopte y se comprometa a respetar sus directivas. Eso es lo que surge de su acta constitutiva.

Pero la OMS no existiría en nuestro país, si no fuera porque hay una ley argentina, dictada a consecuencia de lo que dispone la Constitución Nacional, por la cual se la reconocerá como organismo mundial encargado de la salud general y se convierte en miembro de la misma con los deberes que ello implica. Esto es como decir que la Constitución de la OMS, puede ser considerada como una norma en nuestro país, pero que siempre será jerárquicamente inferior a la Constitución Nacional, porque es en virtud de esta última que forma parte del sistema jurídico argentino.

En esta edición, se destaca que utilizará el género masculino para referirse a ambos géneros, salvo situaciones que considere necesarias, basándose en normas generalmente aceptadas. Esta aclaración podría darnos quizás una intención de visibilizar a la mujer, reconociendo de todas maneras que no utilizará un lenguaje inclusivo no binario, pero quizás, en la próxima reforma aparezca una escritura con perspectiva de género más manifiesta.

La constitución da comienzo con una serie de principios que consideran propósitos fundamentales: la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos. La palabra *felicidad* denota que tiene en cuenta el estado emocional de las personas cuando hablamos de salud. Así se demuestra concretamente que la salud no es lo opuesto a la enfermedad. El último párrafo consiste en un expreso pedido de colaborar con la Paz Mundial.

Debemos tener en cuenta que muchas de estas Organizaciones Internacionales, se han creado para promover el entendimiento mutuo y las buenas relaciones con la intención de desalentar futuras Guerras Mundiales.

Entre sus principios define la Salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad. Aunque en esta definición incluye una mirada amplia sobre la salud, muchas corrientes propias de la medicina sanitaria la han criticado considerándolo utópica o no operativa.

Continuando con los principios, se considera a la Salud como un Derecho Fundamental Humano sin distinción de raza, género, ideología política, religión y/o condición socioeconómica; esto para la Argentina tiene un valor fundamental, ya que los tratados y acuerdos internacionales tienen jerarquía constitucional, es decir, tienen el mismo valor que la Constitución Nacional Argentina, y viene a llenar un hueco en nuestra normativa jurídica, ya que nuestra Constitución del año 1994 no refiere de manera explícita a la salud como derecho, sino que menciona en el artículo 42 a las personas como consumidores y usuarios de bienes y servicios que tienen derecho a la protección de su salud. Llama la atención que referencie a las personas como consumidores, pareciendo que encuadra la situación como si la persona fuera un consumidor y la salud una mercancía. Estos términos se contraponen con la perspectiva de derecho.

Considera que la salud de todos los pueblos es necesaria para lograr la Paz Mundial y requiere para eso la cooperación de todas las personas y Estados. Reconoce que debe haber una opinión pública bien informada para garantizar la salud de todos, dando trascendencia o rol fundamental a la Comunicación en Salud.

Se reconoce a las enfermedades como un peligro común para todos y se destaca *el Derecho a la Salud del Niño*, reconociéndose que el mundo se modifica continuamente y que debemos adaptarnos a esta complejidad para garantizar el desarrollo de las personas.

También se reconoce que los Gobiernos son responsables de llevar a cabo medidas sanitarias adecuadas para la salud de sus pueblos.

Antes de empezar con los artículos de esta Constitución, fundamenta su creación basándose en el artículo 57 de la Carta de Naciones Unidas (creada en 1945), donde reconoce Organismos Especializados que forman parte de ella.

El artículo 1 establece la finalidad de la OMS de alcanzar el grado máximo de salud en todos los pueblos.

El artículo 2 menciona las funciones de esta Organización, entre ellas ser una autoridad directiva y coordinadora en salud internacional, colaborar con la Organización de las Naciones Unidas, proveer y ayudar a los Gobiernos que la soliciten o acepten. Esto ya marca que la OMS no tiene el poder de ordenar u obligar a los Estados-Nación a tomar decisiones nuevas sobre su salud; si pueden prestar asesoramiento, recomendaciones, etc. como así también, en el artículo 37, la OMS aclara que esta Organización no recibirá instrucciones de ninguna Gobierno, lo que remarca la Autonomía y la Independencia. Las decisiones y acciones que se tomen son la manifestación de los votos de los Estados Miembros en su conjunto.

En el artículo 3 se expresa que todos los Estados pueden acceder a la OMS, y ser miembros si firman esta constitución.

El artículo 7 (que aún no ha entrado en vigencia) aclara que los Miembros pueden perder su privilegio de votar y de otros servicios o derechos si no cumplen con sus obligaciones financieras con esta Organización.

El artículo 9 explica cómo está formado este Organismo Especializado: presenta tres órganos: La Asamblea Mundial de la Salud, El Consejo Ejecutivo, y la Secretaria.

El artículo 10 indica que la Asamblea se halla representada por tres delegados por cada Miembro y aclara que estas personas deben ser competentes en el campo de la Salud.

La Asamblea se reúne ordinariamente una vez por año y extraordinariamente a solicitud del Consejo o por decisión de la mayoría de los Miembros. La misma cuenta con un presidente que es elegido por sus Miembros. También, es importante destacar que la entidad puede invitar a otras Organizaciones Gubernamentales o no a participar de sus encuentros, pero sin derecho a voto. Cuando se pueda adoptar un convenio o acuerdo, la Asamblea debe aprobarlo con los dos tercios de sus miembros como mínimo, y solo entrará en vigencia para los Estados que lo acepten, los cuales tendrán 18 meses para pronunciarse a favor o dar una explicación si se rechaza. Esta misma norma se aplica para los Reglamentos que tratan de regular situaciones como cuarentenas, nomenclaturas de enfermedades, procedimientos diagnósticos, seguridad en los fármacos. Nuevamente se recalca que los acuerdo que se aprueban no son vinculantes a menos que el Estado-Nación lo acepte y asuma.

El artículo 34 explica cómo se conforma el Consejo: la Asamblea designa 34 personas (cada una por un periodo de 3 años), pudiendo ser reelegida. Se tiene en cuenta la distribución geográfica equitativa (no menos de tres miembros de cada una de las Organizaciones Regionales).

Es relevante mencionar que, como se afirma en el Artículo 44, la Asamblea puede determinar una región geográfica donde considera conveniente establecer una Organización regional, (una por región). A la vez, el artículo 45 aclara que estas últimas son parte integrante de la OMS, un ejemplo de Organización Regional es la Organización Panamericana de la Salud, que ya había sido creada con anterioridad a la existencia de esta Constitución.

Por esta razón, en el artículo 54, la OMS esclarece que otros Organismos intergubernamentales regionales de Salud que existan antes que ella será integrada a su estructura siempre que se base en el mutuo consentimiento.

El Consejo Ejecutivo se reúne al menos dos veces por año; debe haber un presidente elegido, y entre las funciones de este Órgano está la de ejecutar las decisiones de la Asamblea, asesorar y ofrecer un Plan de trabajo a esta última, y tomar medidas ante situaciones de emergencia inmediatas por ejemplo una Pandemia.

El último órgano es la Secretaría que se halla conformada por el Director General y personal técnico administrativo. Este Director es propuesto por el Consejo y aprobado por la Asamblea. Se considera que es el funcionario principal técnico administrativo de la OMS.

El Artículo 48 expresa que los Comités y Conferencias pueden ser indicados por la Asamblea y llevados a cabo por el Consejo. En estos Comités pueden participar Organizaciones ajenas a la OMS, si la misma lo considera provechoso, como así también la OMS puede participar de encuentros, congresos que no sean organizados por ella pero que sea invitada.

La constitución de la Organización Mundial de la Salud se firma el 22 de julio de 1946 en Nueva York, durante la Conferencia Sanitaria Internacional, pero entra en vigencia el 7 de abril de 1948. En su creación la misma fue firmada por 61 Estados. Ha presentado varias reformas; en la actualidad se encuentra vigente la 48^{va} edición, que se ha publicado el 31 de diciembre de 2014. La misma ha sido publicada en idiomas como chino, español, francés, inglés y ruso, según lo declara en su artículo 74, siendo todas sus versiones auténticas.

Con respecto al presupuesto que maneja la Organización Mundial de la Salud está definido por los artículos 55 al 58, donde se menciona que el Director General envía el proyecto de presupuesto al Consejo, este último lo evalúa y hace las correcciones que considere, y se presenta a la Asamblea General para ser aprobado con las 2/3 partes de los Miembros presentes. Dentro del presupuesto de la OMS, se encuentra un fondo especial a disposición del Consejo por si surgiera alguna Emergencia o Contingencia; de esta manera puede dar respuesta rápida a tales circunstancias. Es importante aclarar que además del aporte financiero que puedan hacer los Miembros, la OMS puede recibir donaciones de otras Organizaciones (gubernamentales o no) siempre y cuando sean compatibles con los propósitos de la misma.

En lo concerniente a los derechos de los Miembros, cada uno representa un voto en la Asamblea; como obligaciones ellos se comprometen a enviar informes anuales a la OMS sobre las acciones y situación de salud de su país. Así como también debe dar explicaciones sobre qué medidas tomaron con respecto a las recomendaciones propuestas por la OMS, o que cambios significativos se produjeron en las políticas o en leyes que impacten en la salud de sus pueblos. (artículos 61 al 64)

Otra de las obligaciones que tienen los Miembros para con la OMS es otorgarle la capacidad jurídica necesaria en cada uno de sus territorios para que ella pueda cumplir con sus funciones, esto incluye ofrecer inmunidad política a la OMS, a sus funcionarios y a todas las personas que se desempeñen en la Organización. (artículos 66 al 68).

Por último, si existiera alguna diferencia en la interpretación de la Constitución, la misma deja explicitados los mecanismos para resolver la divergencia de manera pacífica en la Corte Internacional de Justicia (artículo 75).

Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

Estructura Organizativa

Capítulo I: La Organización, que abarca los 3 primeros artículos:

Artículo 1: Propósitos, Artículo II Miembros y Artículo 3: Organización.

Capítulo II: La Conferencia: comprende los artículos que van del 4 al 8 y son:

Artículo 4: Funciones, Artículo 5: Composición; Artículo 6: Votación; Artículo 7: Reuniones, Artículo 8: Mesa Directiva y Reglamento.

Capítulo III: El Consejo, que contiene los Artículos que van del 9 al 13 y son:

Artículo 9: funciones, Artículo 10: Composición, Artículo 11: Votación; Artículo 12: Reuniones; Artículo 13: Mesa Directiva y Reglamento.

Capítulo IV: El Comité Ejecutivo, que presenta los siguientes Artículos:

Artículo 14: Funciones; Artículo 15: Composición; Artículo 16: Votación; Artículo 17: Reuniones; Artículo 18: Mesa Directiva y Artículo 19: Reglamento

Capítulo V: Funciones, que abarca los siguientes Artículos:

Artículo 20: Funciones, Artículo 21: Administración; Artículo 22: Carácter Internacional del Personal, Artículo 23: Comisiones Técnicas.

Capítulo VI; Presupuesto, que presenta los siguientes capítulos:

Artículo 24: Obligaciones Financieras de los Gobiernos y Artículo 25: Donaciones.

Capítulo VII: Relaciones, que abarca un solo Artículo, que es el siguiente:

Artículo 26: Relaciones con otras organizaciones,

Capítulo VIII: Modificaciones, que presenta los siguientes Artículos:

Artículo 27: Revisión del Código Sanitario Panamericano y Artículo 28: Enmiendas a la Constitución.

Artículo IX: Vigencias, que contiene un solo artículo, que es el siguiente:

Artículo 29: Vigencia.

Análisis del documento:

La constitución de la Organización Panamericana de la Salud se firma el 2 de octubre de 1947 en Buenos Aires, Argentina durante la I Reunión del Consejo Directivo, luego ha presentado modificatorias, la última refiere al año 1999. En su preámbulo explica que la creación de esta constitución está promovida por los grandes adelantos en las ciencias médicas, como así también el compromiso que han tomado los Gobiernos del Hemisferio Occidental para con la salud humana; por lo que se hace indispensable para que la OPS pueda dar respuesta ante este escenario, la creación de este instrumento.

El artículo 1 se refiere sobre su propósito fundamental que es promover y coordinar esfuerzos *“para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.”* Al igual que la OMS, no solo trata sobre la enfermedad, sino que se ocupa y reconoce también el componente mental de las personas.

El artículo 2 manifiesta que todos los Estados Americanos tienen derecho a ser miembros de la OPS.

El artículo 3 indica cómo está conformada esta Organización: por 4 componentes, la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo y la Oficina Sanitaria Panamericana.

En los siguientes artículos relata cómo es la composición y el funcionamiento de cada una de ellas.

El artículo 4 menciona que la Conferencia es el órgano supremo de la OPS y por lo tanto define las normas generales; el artículo 5 indica que cada Miembro (Gobierno), están

representados por 3 delegados siendo uno el jefe, que preferentemente deben ser Especialistas en Salud Pública. Aunque hay más de un delegado por Miembro, cada Gobierno tiene un solo voto según consta en el artículo 6; como aclaración si el Estado se atrasara durante dos años en sus obligaciones de pago queda suspendido su derecho a voto, salvo que la Conferencia o Consejo Directivo autorice si lo justifica.

Entre sus funciones de la Conferencia esta servir de foro para el intercambio de información sobre actualizaciones y procedimientos en salud. La misma tiene la facultad de elegir el Director de la OPS, así como a los integrantes del Comité Ejecutivo (solo conformados por Gobiernos Miembros), y también la potestad de examinar y aprobar informes del Comité y los Presupuestos Bienales. Estas medidas serán determinadas por votación afirmativa de la mayoría de los votantes presentes al momento de celebrarse el encuentro. Algo que no queda explícito en la Constitución es cuántos de los Miembros deben estar presentes para poder sesionar.

Mientras la Conferencia no se reúna ejercerá su representación el Consejo de la OPS, porque la misma solo se reúne cada cinco años (artículo 7), siendo responsable de fijar la fecha el Director de la Oficina o el Comité ejecutivo. En cambio, el consejo se reúne cada año (artículo 12).

Siguiendo con el artículo 9 que trata sobre el Consejo y sus facultades. El artículo 10 menciona que estará conformado por un representante de cada Gobierno preferentemente especialista en Salud Pública; tendrán un voto cada uno (artículo 11) y se considera una moción aprobada con la mayoría de los votantes presentes, tampoco aclara cuantos miembros es el mínimo para poder votar.

Con respecto al Comité Ejecutivo está conformado por nueve Gobiernos Miembros de la OPS y son elegidos por la Conferencia o el Consejo, los mismos tienen un periodo de 3 años en este órgano, no pudiendo ser reelectos sin dejar pasar un período, la renovación de los Miembros es escalonada (o sea no todos juntos). Como no todos los Gobiernos pueden tener Miembros en este Órgano, si pueden enviar observadores y participar sin voto si lo desean (artículo 15). Cada Miembro del Comité tiene derecho a un voto según indica el artículo 16, y las mociones se aprueban por la mayoría de los presentes, nuevamente no aclara cual es la cantidad mínima de presentes para poder realizar el acto. Está establecido en el artículo 17 que las reuniones ordinarias deben celebrarse dos veces

al año, pero pueden convocarse a extraordinarias a solicitud del Director de la Oficina o al menos por tres Miembros del Comité.

Como funciones en el artículo 14 refieren que deben autorizar las reuniones del consejo, hacer recomendaciones y aprobar programas provisorios para las reuniones de la Conferencia y del Consejo, y por último llevar acabo las funciones que estos últimos les encomiende.

Con respecto a la Oficina, la misma tendrá un Director elegido por el voto de la mayoría de la Conferencia y por un período de cinco años no reelegible, el Director podrá elegir a todo el Personal de la Oficina, y en el texto menciona que, de ser posible, debe ser de la mayor representatividad o diversidad geográfica (artículo 21). Con referencia al Personal de la Oficina, el artículo 22 indica las características del mismo: primero que no actúan en representación de ningún Gobierno, sino que sus acciones son representando a la OPS, por lo que deben actuar con independencia y autonomía de cualquier Estado, ya que sería incompatible con sus funciones. Por eso en esta Constitución los Estados Miembros se comprometen a no tener injerencias sobre ellos. Al respecto, la Argentina a través de la Ley Nacional 26.256 acepta a la OPS como organismo Público Internacional, le otorga personería jurídica, y reconoce a todo el Personal de la OPS como funcionarios diplomáticos internacionales, con sus respectivas inmunidades y privilegios a fin de garantizar el desarrollo de sus actividades.

Por último, los deberes y funciones de la Oficina están especificados en el Código Sanitario Panamericano (Artículo 20).

La OPS se financia con los recursos que aporten los Estados Miembros, que deben realizarlos anualmente, y de donaciones de diferentes actores (artículo 24 y 25).

Organización de Estados Americanos (OEA)

La Organización de Estados Americanos constituye un órgano político muy importante en el continente americano, cuyo documento esencial es la Carta de la Organización de Estados Americanos, formada por 35 países. Su acción es fomentar un espacio de diálogo multilateral y de toma de decisiones impulsando la generación de relaciones estrechas entre los países del continente.

Esta carta contiene XXII Capítulos, uno de los cuales – el Capítulo VII: Desarrollo Integral refleja la concepción de salud, formulada desde la OMS y con sus consecuencias, como ha sido abordado oportunamente en este trabajo.

Aquí se presenta una síntesis de una página web –oea.org/es/touth/salud.asp. enfocada en la salud de los jóvenes con pestañas referentes a adicciones, drogas y alcohol y salud sexual y reproductiva:

La salud de los jóvenes es reconocida por muchos Estados nacionales dentro de marcos de atención prioritaria para los sectores más desprotegidos, aunque el tema está aún disperso en las agendas políticas. (CEPAL-OIJ (2004). La juventud en Iberoamérica. Tendencias y Urgencias. CEPAL, Santiago de Chile

Si bien es esperable que los jóvenes tengan menores posibilidades de enfermarse, existen problemáticas que afectan específicamente a este segmento de población. Las conductas de riesgo asociadas a las drogas y al alcohol, así como a la vida sexual de los jóvenes, inciden en su integridad física y emocional. Estos elementos no sólo están relacionados con el nivel de desarrollo de los países, sino que se ponen en juego variables culturales y psicológicas que los afectan. Por ello, es importante detectar y prestar atención desde las políticas públicas a estos temas en particular.

Carta de la Organización de Estados Americanos

Esta Organización surge en el seno de la 1^{ra} Conferencia Internacional Americana en Washington D.C., que crea la Unión Internacional de las Repúblicas Americanas el 14 de abril de 1890. Si bien esta Organización tiene fines más abarcativos que los temas de salud – enfermedad, la síntesis que se expone a continuación pone de relieve los aspectos más relacionados a los conceptos de bienestar, desarrollo económico y social para lograr el equilibrio dinámico inherente a la salud.

A lo largo de su historia, esta Organización ha firmado varios Tratados Multilaterales, el primero registrado se firma en 1940 y se denomina *Protocolo sobre Uniformidad del régimen legal de los poderes* y el último se trata de una Enmienda del año 2022: *Acuerdo Constitutivo de la Organización Mundo Maya*

El documento esencial que la identifica es la Carta de la Organización de Estados Americanos (1948), reformada por los siguientes protocolos:

Protocolo de Buenos Aires (1967), Protocolo de Cartagena (1985),

Protocolo de Washington (1992) y Protocolo de Managua (1993)

Estructura organizativa:

Preámbulo

Primera Parte:

Capítulo I Naturaleza y propósitos

Capítulo II Principios

Capítulo III Miembros

Capítulo IV Derechos y deberes fundamentales de los Estados

Capítulo V Solución pacífica de controversias

Capítulo VI Seguridad colectiva

Capítulo VII Desarrollo integral

Segunda Parte:

Capítulo VIII De los Órganos

Capítulo IX La Asamblea General

Capítulo X La Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores

Capítulo XI Los Consejos de la Organización

Capítulo XII El Consejo Permanente de la Organización

Capítulo XIII El Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral

Capítulo XIV El Comité Jurídico Interamericano

Capítulo XV La Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Capítulo XVI La Secretaría General

Capítulo XVII Las Conferencias Especializadas

Capítulo XVIII Los Organismos Especializados

Tercera Parte:

Capítulo XIX Naciones Unidas

Capítulo XX Disposiciones varias

Capítulo XXI Ratificación y vigencia

Capítulo XXII Disposiciones transitorias

Análisis del documento:

Preámbulo:

Los representantes de los Estados consideran a América como un estado libre y propicio al desarrollo, con anhelo de vivir en paz. Esto es un interés compartido con la Declaración de Alma Ata, donde se destaca la preocupación por la Paz de los pueblos

Propiciar el mejoramiento en la igualdad y en el derecho; convencido de que la democracia representativa es indispensable para la estabilidad, la paz y el desarrollo de la región y persuadido de que el bienestar de todos ellos requiere una intensa cooperación continental, reafirmando principios y propósitos de las Naciones Unidas. De acuerdo con la Resolución IX de la Conferencia sobre Problemas de la Guerra y de la Paz, reunida en la Ciudad de México en 1948 han convenido en suscribir la Carta de la Organización de Estados Americanos.

Primera Parte

Capítulo I Naturaleza y propósitos – Artículo 1 y 2

Se habla de robustecer la paz y la soberanía, integridad territorial e independencia. La intención es prevenir las causas de dificultades y procurar soluciones; erradicar la pobreza crítica Se considera a la OEA un organismo regional de la ONU. Se explicita la no intervención de la OEA en asuntos internos de los Estados miembros. Promueve el desarrollo social y cultural.

Capítulo II Principios – Artículo 3

La eliminación de la pobreza crítica es parte esencial de la promoción y consolidación de la democracia representativa y constituye responsabilidad común y compartida de los Estados americanos.

La justicia y la seguridad sociales son bases de una paz duradera.

La cooperación económica es esencial para el bienestar y la prosperidad comunes de los pueblos del Continente.

Los Estados americanos proclaman los derechos fundamentales de la persona humana sin hacer distinción de raza, nacionalidad, credo o sexo.

Capítulo III Miembros Artículos 4 al 9

Son miembros de la Organización todos los Estados americanos que ratifiquen la presente Carta. Puede incorporarse toda nueva entidad política que nazca de la unión de varios de sus Estados miembros y que ratifique esta Carta

Cualquier otro Estado americano independiente que quiera ser miembro de la Organización, deberá manifestarlo mediante nota dirigida al Secretario General. La Asamblea General, previa recomendación del Consejo Permanente de la Organización, determinará si es procedente autorizar al Secretario General para que permita al Estado solicitante firmar la Carta y para que acepte el depósito del instrumento de ratificación correspondiente. Tanto la recomendación del Consejo Permanente, como la decisión de la Asamblea General, requerirán el voto afirmativo de los dos tercios de los Estados miembros. Esta condición de miembro estará restringida a los Estados independientes del Continente que al 10 de diciembre de 1985 fueran miembros de las Naciones Unidas.

Capítulo IV Derechos y deberes fundamentales de los Estados: Artículos 10 al 23

Todo Estado americano tiene el deber de respetar los derechos de que disfrutan los demás Estados de acuerdo con el derecho internacional. Estos derechos no son susceptibles de menoscabo en ninguna manera.

Cada Estado tiene el derecho a desenvolver libre y espontáneamente su vida cultural, política y económica. En este libre desenvolvimiento el Estado respetará los derechos de la persona humana y los principios de la moral universal. El respeto y la fiel observancia

de los tratados constituye normas para el desarrollo de las relaciones pacíficas entre los Estados. Los tratados y acuerdos internacionales deben ser públicos.

Ningún Estado podrá aplicar o estimular medidas coercitivas de carácter económico y político para forzar la voluntad soberana de otro Estado y obtener de éste ventajas de cualquier naturaleza.

Los Estados americanos se obligan en sus relaciones internacionales a no recurrir al uso de la fuerza, salvo el caso de legítima defensa, de conformidad con los tratados vigentes o en cumplimiento de dichos tratados.

Capítulo V Solución pacífica de controversias - Artículos 24 al 27

Las controversias internacionales entre los Estados miembros deben ser sometidas a los procedimientos de solución pacífica señalados en esta Carta.

Son procedimientos pacíficos: la negociación directa, los buenos oficios, la mediación, la investigación y conciliación, el procedimiento judicial, el arbitraje y los que especialmente acuerden las Partes.

Cuando entre dos o más Estados americanos se suscite una controversia que, en opinión de uno de ellos, no pueda ser resuelta por los medios diplomáticos usuales, las Partes deberán convenir en cualquier otro procedimiento pacífico que les permita llegar a una solución. Un tratado especial establecerá los medios adecuados para resolver las controversias y determinará los procedimientos pertinentes a cada uno de los medios pacíficos, en forma de no dejar que controversia alguna entre los Estados americanos pueda quedar sin solución definitiva dentro de un plazo razonable.

Capítulo VI: Seguridad colectiva: Artículos 28 y 29

Toda agresión de un Estado contra la integridad o la inviolabilidad del territorio o contra la soberanía o la independencia política de un Estado americano, será considerada como un acto de agresión contra los demás Estados americanos. Si su inviolabilidad o integridad del territorio o la soberanía o la independencia política de cualquier de ellos fueran afectadas por un ataque armado o agresión, o por un conflicto extracontinental o por un conflicto entre dos o más Estados americanos o por cualquier otro hecho o que pueda poner en peligro la paz de América, los Estados americanos en desarrollo de los

principios de la solidaridad continental o de la legítima defensa colectiva, aplicarán las medidas y procedimientos establecidos en los tratados especiales.

Capítulo VII Desarrollo integral – Artículos del 30 al 52

Los Estados miembros se comprometen a aunar esfuerzos para lograr que impere la justicia social internacional en sus relaciones y para que sus pueblos alcancen un desarrollo integral, condiciones indispensables para la paz y la seguridad. El desarrollo integral abarca los campos económico, social, educacional, cultural, científico y tecnológico, en los cuales deben obtenerse las metas que cada país defina para lograrlo.

La cooperación interamericana para el mismo es responsabilidad común y solidaria de los Estados miembros en el marco de los principios democráticos y de las instituciones del sistema interamericano. Ella debe comprender los campos económico, social, educacional, cultural, científico y tecnológico, apoyar el logro de los objetivos nacionales de los Estados miembros y respetar las prioridades que se fije cada país en sus planes de desarrollo, sin ataduras ni condiciones de carácter político.

La cooperación interamericana para el desarrollo integral debe ser continua y encauzarse preferentemente a través de organismos multilaterales, sin perjuicio de la cooperación bilateral. Los Estados miembros contribuirán a la cooperación interamericana para el desarrollo integral de acuerdo con sus recursos y posibilidades, y de conformidad con sus leyes.

El desarrollo es responsabilidad primordial de cada país y debe constituir un proceso integral y continuo para la creación de un orden económico y social justo que permita y contribuya a la plena realización de la persona humana.

Los Estados miembros convienen en que la igualdad de oportunidades, la eliminación de la pobreza crítica y la distribución equitativa de la riqueza y del ingreso, así como la plena participación de sus pueblos en las decisiones relativas a su propio desarrollo, son, entre otros, objetivos básicos del desarrollo integral. Para lograrlos, se citan algunas de las metas básicas:

Incremento sustancial y auto sostenido del producto nacional per cápita; industrialización acelerada ; estabilidad del nivel de precios internos en armonía con el desarrollo

económico sostenido y el logro de la justicia social; salarios justos, oportunidades de empleo y condiciones de trabajo aceptables para todos; erradicación rápida del analfabetismo y ampliación de las oportunidades en el campo de la educación; defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica; nutrición adecuada, particularmente por medio de la aceleración de los esfuerzos nacionales para incrementar la producción y disponibilidad de alimentos; vivienda adecuada para todos los sectores de la población; condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna; promoción de la iniciativa y la inversión privadas en armonía con la acción del sector público.

Los Estados miembros deben abstenerse de ejercer políticas, acciones o medidas que tengan serios efectos adversos sobre el desarrollo de otros Estados miembros.

Las empresas transnacionales y la inversión privada extranjera están sometidas a la legislación y a la jurisdicción de los tribunales nacionales competentes de los países receptores

Los Estados miembros convienen en buscar, colectivamente, solución a los problemas urgentes o que pudieran presentarse cuando el desarrollo o estabilidad económicos, de cualquier Estado miembro, se vieran seriamente afectados.

Los Estados miembros difundirán entre sí los beneficios de la ciencia y de la tecnología, promoviendo, de acuerdo con los tratados vigentes y leyes nacionales, el intercambio y el aprovechamiento de los conocimientos científicos y técnicos.

Los Estados miembros deben realizar esfuerzos, individuales y colectivos, para conseguir: Condiciones favorables de acceso a los mercados mundiales para los productos de los países en desarrollo de la región.

Los Estados miembros, convienen en dedicar sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos:

- a) Todos los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, nacionalidad, credo o condición social, tienen derecho al bienestar material y a su desarrollo espiritual, en condiciones de libertad, dignidad, igualdad de oportunidades y seguridad económica;
- b) El trabajo es un derecho y un deber social, otorga dignidad a quien lo realiza y debe prestarse en condiciones que, incluyendo un régimen de salarios justos, aseguren la vida,

la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia, tanto en sus años de trabajo como en su vejez, o cuando cualquier circunstancia lo prive de la posibilidad de trabajar;

c) Los empleadores y los trabajadores, tanto rurales como urbanos, tienen el derecho de asociarse libremente para la defensa y promoción de sus intereses,

d) Justos y eficientes sistemas y procedimientos de consulta y colaboración entre los sectores de la producción, tomando en cuenta la protección de los intereses de toda la sociedad;

e) La incorporación y creciente participación de los sectores marginales de la población, tanto del campo como de la ciudad, en la vida económica, social, cívica, cultural y política de la nación, a fin de lograr la plena integración de la comunidad nacional, El estímulo a todo esfuerzo de promoción y cooperación populares que tenga por fin el desarrollo y progreso de la comunidad;

f) El reconocimiento de la importancia de la contribución de las organizaciones, tales como los sindicatos, las cooperativas y asociaciones culturales, profesionales, de negocios, vecinales y comunales, a la vida de la sociedad y al proceso de desarrollo;

g) Desarrollo de una política eficiente de seguridad social

h) Disposiciones adecuadas para que todas las personas tengan la debida asistencia legal para hacer valer sus derechos.

Los Estados miembros reconocen que, para facilitar el proceso de la integración regional latinoamericana, es necesario armonizar la legislación social de los países en desarrollo, especialmente en el campo laboral y de la seguridad social, a fin de que los derechos de los trabajadores sean igualmente protegidos, y convienen en realizar los máximos esfuerzos para alcanzar esta finalidad.

Los Estados miembros darán importancia primordial, dentro de sus planes de desarrollo, al estímulo de la educación, la ciencia, la tecnología y la cultura orientadas hacia el mejoramiento integral de la persona humana y como fundamento de la democracia, la justicia social y el progreso.

Los Estados miembros cooperarán entre sí para satisfacer sus necesidades educacionales, promover la investigación científica e impulsar el adelanto tecnológico para su desarrollo integral, y se considerarán individual y solidariamente comprometidos a preservar y enriquecer el patrimonio cultural de los pueblos americanos.

Los Estados miembros llevarán a cabo los mayores esfuerzos para asegurar, el ejercicio efectivo del derecho a la educación, sobre las siguientes bases:

- a) La educación primaria será obligatoria para la población en edad escolar, y se ofrecerá también a todas las otras personas que puedan beneficiarse de ella. Cuando la imparta el Estado, será gratuita;
- b) La educación media deberá extenderse progresivamente a la mayor parte posible de la población, con un criterio de promoción social. Se diversificará de manera que, sin perjuicio de la formación general de los educandos, satisfaga las necesidades del desarrollo de cada país, y
- c) La educación superior estará abierta a todos, siempre que, para mantener su alto nivel, se cumplan las normas reglamentarias o académicas correspondientes.

Los Estados miembros prestarán especial atención a la erradicación del analfabetismo; fortalecerán los sistemas de educación de adultos y habilitación para el trabajo; asegurarán el goce de los bienes de la cultura a la totalidad de la población, y promoverán el empleo de todos los medios de difusión para el cumplimiento de estos propósitos.

Los Estados miembros fomentarán la ciencia y la tecnología mediante actividades de enseñanza, investigación y desarrollo tecnológico y programas de difusión y divulgación, estimularán las actividades en el campo de la tecnología con el propósito de adecuarla a las necesidades de su desarrollo integral

Los Estados miembros acuerdan promover, dentro del respeto debido a la personalidad de cada uno de ellos, el intercambio cultural como medio eficaz para consolidar la comprensión interamericana y reconocen que los programas de integración regional deben fortalecerse con una estrecha vinculación en los campos de la educación, la ciencia y la cultura.

Segunda Parte

Capítulo VIII de los órganos: Artículos 53

La Organización de los Estados Americanos realiza sus fines por medio de:

- a) La Asamblea General;
- b) La Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores;
- c) Los Consejos;
- d) El Comité Jurídico Interamericano;
- e) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos;
- f) La Secretaría General;
- g) Las Conferencias Especializadas, y
- h) Los Organismos Especializados.

Capítulo IX La Asamblea general: Artículos 54 al 60

La Asamblea General es el órgano supremo de la Organización de los Estados Americanos. Se establecen distintas atribuciones

La Asamblea General ejercerá sus atribuciones de acuerdo con lo dispuesto en la Carta y en otros tratados interamericanos.

Capítulo X La reunión de consulta de ministros de relaciones exteriores: Artículo 61 al 69

Capítulo XI Los consejos de la organización Disposiciones Comunes – Artículos 70 al 79

Capítulo XII el consejo permanente de la organización

Artículo 80 al 92

Capítulo XIII El consejo interamericano para el desarrollo integral

Artículos 93 al 98

Capítulo XIV El comité jurídico interamericano: Artículos 99 al 105

Capítulo XV La comisión interamericana de derechos humanos: Artículo 106

Capítulo XVI La secretaria general: Artículo 107- 121

Capítulo XVII Las conferencias especializadas: Artículo 122 y 123

Capítulo XVIII Los organismos especializados: Artículo 124 al 130

Tercera Parte

Capítulo XIV Naciones unidas Artículo 131

Capítulo XX D disposiciones varias Artículo 132 al 138

Capítulo XXI Ratificación y vigencia Artículo 139 al 143

Capítulo XXII Disposiciones transitorias Artículo 144 al 146

Análisis:

En este análisis de la Carta de la Organización de los Estados Americanos se puede relacionar con los Determinantes Sociales de la Salud; estos son definidos por la OMS (Atencio V. et. Al 2022 pag 2)²³ tema 3) como

“son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto amplio de fuerzas y sistemas *que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana...*”. *Atencio Viviana et al.*

Este enfoque de los Determinantes Sociales visibiliza como las desigualdades en la distribución de los recursos y la riqueza generan inequidades en la Sociedad, incluyendo inequidades en Salud. De esta manera, al abordarla desde esta perspectiva, nos permite actuar sobre las causantes de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Es importante aclarar que no es lo mismo desigualdad en salud e inequidad en salud; la Trabajadora Social Gladys S. Lopez y Virginia Michelli (2016 p 20)^{24a} a expresan que:

La desigualdad en Salud es la diferencia entre las personas sin indicar si estas son injusta o evitables (pudiendo serlas o no)

Situación diferente es Inequidad en Salud: en este caso se trata de desigualdades injustas evitables e innecesarias. La OMS (1991) citada por Lopez y Michelli (2016 P 20)^{24b} define como “*las diferencias que son innecesarias y que se pueden evitar; y que al mismo*

tiempo son inaceptables e injustas”; seguidamente define la equidad en salud como *“idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello pueda evitarse”*.

A modo de ejemplo podemos especificar que la pobreza, desempleo, el no acceso a los servicios de salud e incluso las barreras al acceso educación, el impedimento a espacios o tiempos recreativos provocan el enfermar y padecimiento de los Pueblos. Con referencia a esto, el Antropólogo Argentino E. Menéndez investigó y demostró como situaciones de desempleo de las personas generaban consumo problemático de alcohol; el alcoholismo se halla asociado a la exclusión social.

Es relevante aclarar la crítica que hace la Corriente de Salud Colectiva / Medicina Social Latinoamérica, sobre el concepto de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS; la Salud Colectiva habla de Determinación Social de la Salud ya que los determinantes solo expresan factores sociales que afectan la salud de las personas, pero no cuestionan los causantes de estas desigualdades, las mismas son la expresión de la organización social a través de procesos sociales complejos que evidencian relaciones de poder y dominación; es decir que existen actores con mayor grado de poder y dominación que toman decisiones e influyen de manera desfavorable en la distribución de los recursos. Los Determinantes Sociales de la salud indican Pobreza, Desempleo, Contaminación como causantes. La Determinación Social de la Salud acusa que estas se deben a situaciones de dominación, serían las causas de las causas. (Lopez S y Michelli 2016 pág. 21 a 22)^{24c}

Volviendo al tema de los determinantes sociales en el Capítulo VII de la Carta de la OEA habla sobre el desarrollo Integral, donde trata que para lograr el bienestar y el desarrollo de los Estados se deben acompañar los procesos de justicia y seguridad social, trabajar de manera colectiva entre los Miembros para la cooperación económica, ofrecer igualdad de oportunidades y fomentar la participación de los pueblos en estos procesos, cuestión que en la Declaración de Alma Ata ya era promovida la participación activa de la Comunidad en las decisiones de Salud.

Convención de los Derechos del Niño

Estructura organizativa

Introducción

Preámbulo

Parte I: comprende los artículos que van desde el 1 hasta 41 inclusive

Parte II: contiene los artículos que van del 42 al 45 inclusive

Protocolo facultativo de la Convención de los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en conflictos armados

Asamblea General Resolución A/RES/54263 del 25 de mayo del 2000

Entrada en vigor: 12 de febrero del 2002

Comprende los artículos que van del 1 al 13

Protocolo facultativo de la Convención de los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía

Asamblea General Resolución A/RES/54263 del 25 de mayo del 2000

Entrada en vigor: 18 de enero del 2002

Análisis del documento

Es un cuerpo normativo que se creó con el propósito de dar respuesta y resguardo a todos los “niños, niñas y adolescentes” asumiendo el Estado, la Comunidad y la Familia el esfuerzo por promover y proteger sus derechos y así garantizar todo su potencial desarrollo. Este tratado es uno de los más ampliamente ratificados, que cuenta, según el texto publicado en el 2014 por UNICEF Argentina, con las firmas de representantes de 194 países. Nuestro país la adopta en el año 1990, y actualmente forma parte de la Constitución Nacional de 1994 gracias al Pacto de Olivos que le da rango constitucional a los Tratados Internacionales. Pero solo a partir del 2005, con la ley nacional 26061, que trata sobre la protección integral de la niñez, por la cual empiezan a materializarse políticas públicas con los lineamientos especificados en el tratado.

Se consideran niños, niñas y adolescentes a todos los menores de 18 años, y cuentan con los mismos derechos que un adulto sumándole una protección especial, por ser una persona en desarrollo.

La convención presenta 54 artículos y tres protocolos facultativos, para ampliar o establecer procedimientos al texto original, que son los siguientes:

Protocolo Facultativo relativo a la participación de los niños en conflictos armados;

Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía

Protocolo Facultativo relativo a un procedimiento de comunicaciones (presentaciones individuales de quejas).

La convención presenta un Preámbulo, en la que hace referencia a la Carta de las Naciones Unidas dando conformidad a sus principios y donde menciona que toda persona (y por lo tanto también los niños y adolescentes) tiene derechos y libertades independientemente de su raza, género, etnia, sexo, color, ideología, religión, posición social, económica o cualquier otra condición. Proclama que durante la infancia los mismo tienen derecho a cuidados y asistencias especiales y poder desarrollarse en el seno de una familia.

También reconoce la existencia de desigualdades sociales, que impactan en la vida de muchos niños y adolescentes, por lo que insta a la cooperación internacional entre los países para atender estas inequidades en salud.

Otros documentos internacionales visibilizan también estas desigualdades sociales, que deben ser atendidas de manera solidaria entre los países como sucedió en Alma Ata, donde se consideró que la salud es necesaria para lograr la paz en el mundo.

El artículo 1 indica que toda persona menor de 18 años es considerada niño, y el artículo 2 refiere no hacer distinciones a sus derechos por raza, sexo, ideología, u otra condición; y son los Estados lo que deben garantizarlos tomando todas las medidas necesarias (artículos 2, 3 y 4).

El artículo 6 describe que el niño tiene el derecho intrínseco a la vida y el Estado garantiza el desarrollo del mismo. Los niños tienen derecho a un nombre, a una nacionalidad, a conocer a sus padres y a estar inscriptos desde su nacimiento (art. 7).

En distintas partes de la Convención se prioriza el desarrollo del niño en el seno de la familia, dándole una figura necesaria y fundamental a esta última; pero, en el artículo 9, aclara que el menor puede ser apartado de sus padres si es sometido a situaciones de

maltrato o descuidos. También contempla que los Estados arbitren la posibilidad de la adopción para posibilitar que todo menor tenga una familia (artículos 20 y 21).

Los artículos 12 y 13 hacen mención del derecho del niño de expresar su opinión libremente en todo asunto que le competa o afecte siempre contemplando el grado de madurez del mismo. Para concretar esto, también se garantiza que el menor tenga acceso a los medios de comunicación e información para acceder a su bienestar social, espiritual, salud física y mental (artículo 17). Esto podría relacionarse con el derecho a la Educación Sexual Integral, actualmente incluida entre las Políticas Públicas llevadas a cabo en las escuelas argentinas, que contribuyen a que los niños y adolescentes puedan conocer sobre sus cuerpos, puedan ejecutar medidas de autocuidados sobre relaciones sexuales, prevenir e identificar abusos.

El artículo 34 hace expresa mención sobre explotación y abuso sexual en los menores y obliga a los Estados a tomar medidas para impedir estas prácticas.

Los artículos 23 y 24 tienen una particular relación con la salud: el primero porque contempla que todo niño con algún impedimento mental o físico goce de una vida plena, decente y digna. Y en lo posible recibir de manera gratuita la atención en salud necesaria, así como también el acceso a la educación, a actividades recreativas y a posibilidades de empleo; este artículo es muy interesante, porque tiene en perspectiva a una Sociedad más inclusiva, busca que todas las personas con sus particularidades puedan desenvolverse e integrarse a la Comunidad. Algo a observar es que el texto no utiliza la palabra discapacidad, sino *impedimento*.

El artículo 24 indica que ningún niño debe estar privado del derecho a la salud; es decir, otro documento oficial internacional vuelve a reconocer a la salud como un derecho y no como una mercancía. Los Estados Partes asumen la responsabilidad de lograr el mayor nivel de salud posible y de ofrecer los servicios de atención médica, tratamiento y rehabilitación. Como medidas concretas se encuentran: reducir la mortalidad infantil, la desnutrición, desarrollar un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud y adecuarlas a los recursos y tecnologías disponibles (para lo cual se sigue insistiendo con los principios ya establecidos en Alma Ata). Abastecer de agua potable y disminuir la contaminación ambiental. Promover la Educación para la Salud en las Familias para alentar medidas de autocuidados y prevenir accidentes o prácticas tradicionales perjudiciales para la salud.

El artículo 39 insta a los Estados a que los menores que hayan sufrido torturas, abandonos, explotación y sean liberados a tomar las medidas pertinentes para su recuperación física y psicológica.

El artículo 28 trata sobre el derecho a la educación del niño: la misma debe ser progresiva a su madurez y en igualdad de oportunidades. Considera la educación primaria obligatoria para lograr disminuir el analfabetismo, promover el nivel secundario, y favorecer el acceso a la educación superior. Algo importante a remarcar es que no solo establece el derecho a la educación, sino que obliga a los Estados a establecer mecanismos para garantizar el acceso, permanencia y egreso a la educación, y así disminuir la deserción escolar. Argentina en este sentido es un país modelo en la región ya que la educación primaria es obligatoria y la secundaria también lo es a partir de la modificatoria de la Ley de Educación Nacional N° 26.206, sancionada en el 2006. Esto último favoreció la masividad y democratización de la educación; este cambio generó que otros sectores de la población, que estaban socialmente excluidos, pudieran tener la opción de continuar sus estudios en el nivel superior, que en Argentina es gratuita para las carreras de grado desde 1949, pero su acceso irrestricto es desde el año 2015 con la ley 27.204. El nuevo desafío que presenta el país es lograr la permanencia y egreso de los estudiantes de sus Carreras Universitarias, para ello se han desarrollado políticas públicas como becas de estudio (ejemplo Progresar), boletos de transporte gratuitos, albergues universitarios, creación de Universidades en diferentes partes del país para que las Casas de Altos Estudios estén más cerca de donde viven las personas, y no estén nucleadas en las grandes urbes.

El artículo 29 indica los valores que deben ser promovidos en la educación de los menores: el respeto a los derechos humanos, a la libertad, al medio ambiente, el respeto a su cultura, país e idioma. Asumir una vida responsable con tolerancia, paz e igualdad.

Algo llamativo y quizás contrapuesto con respecto al derecho a la educación secundaria y superior, es el artículo 38 que, ante situaciones de conflicto bélico u armado, el tratado contempla la posibilidad de que los Estados recluten personas mayores de 15 años. De promover la educación para el pleno desarrollo de las personas, se pasa a un escenario de aceptar (aunque no lo recomienda) a adolescentes en una situación de guerra.

En el artículo 42 los Estados se comprometen a la difusión de las disposiciones emergidas en esta Convención.

El artículo 43 crea el Comité de Derechos del Niño como órgano de contralor. El mismo está conformado por 18 expertos, elegidos por votación de los Estados Partes, con una duración de 4 años en sus funciones pudiendo ser reelegidos.

Documentos Secundarios

Reglamento interior de la Asamblea Mundial de la Salud

El Reglamento se halla formado por un conjunto de reglas que regulan el funcionamiento de la Asamblea Mundial de la Salud, órgano de la Organización Mundial de la Salud. Contiene una serie de disposiciones y procedimientos, conformación de Miembros y Miembros Asociados, representados por delegados de cada país, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y observadores; también se disponen las sesiones ordinarias, extraordinarias y plenarias, la descripción de sus órganos: la Asamblea de la Salud, la Secretaría y el Consejo Ejecutivo.

Este documento está organizado en títulos y artículos, que presenta la siguiente estructura:

- Preámbulo
- Reuniones de la Asamblea de la Salud, que comprende los artículos 1 ,2 y 3;
- Orden del día: Reuniones: Reuniones Ordinarias, que contiene los Artículo 4 y 5; Reuniones extraordinarias: Artículos 6 y 7; Reuniones ordinaria y extraordinaria: incluyen desde el artículo8 hasta el 15 inclusive.
- Secretaría de la Asambleas de la Salud: abarca los Artículos 16, 17 y 18.
- Sesiones plenarias de la Asamblea de la Salud: presenta los artículos 19, 20, 21 y 22.
- Comisión de Credenciales: contiene el artículo 23.
- Presidente y Vicepresidente de la Asamblea de la Salud: comprende desde el Artículo 24 hasta el 28.
- Mesa de la Salud, que presenta los artículos 29, 30 y 31.
- Comisiones Principales de la Asamblea de la Salud: abarca los artículos 32 al 39.
- Otras comisiones de la Asamblea de la Salud: se presenta solamente el artículo 40.

- Relatores: comprende el artículo 41.
- Participación de los Representantes del Consejo Ejecutivo: contiene los artículos 42 y 43.
- Participación de los Representantes de Miembros Asociados, Organizaciones Intergubernamentales y No Gubernamentales, y de los Observadores de Estados No Miembros y de territorios: artículo 44.
- Dirección de los Debates en las Sesiones Plenarias, que contiene el artículo 48, el artículo 49 ha sido suprimido y desde el 50 al 68.
- Dirección de los Debates en las Sesiones Plenarias, que abarca los artículos 69 al 82.
- Dirección de los Debates y Votaciones en las Comisiones y Subcomisiones, que contiene los artículos 83 y 84.
- Idiomas, que comprende desde el artículo 85 al 89.
- Actas de la Asamblea de la Salud: contiene desde el artículo 90 hasta el artículo 94.
- Presupuesto y Finanzas: artículos 95, 96 y 97.
- Consejo ejecutivo: contiene los artículos que van desde el 98 al 105.
- El Director General: comprende los artículos desde el 106 al 112.
- Admisión de Miembros y de Miembros Asociados: desde el artículo 113 al 116.
- Reforma de la Constitución: abarca los artículos 117 y 118.
- Modificación y Suspensión del Reglamento Interior comprende los 119 y 120.

En el preámbulo se deja claro que se aprueba este Reglamento de acuerdo a lo establecido en la Constitución, sin perjuicio de lo que en ella se disponga. En caso de divergencia entre una disposición del Reglamento y otra de la Constitución, prevalecerá esta última.

Los primeros artículos hablan de la convocatoria por parte del Director General a sesiones ordinarias y extraordinarias a Miembros y Miembros Asociados, representantes del Consejo Ejecutivo, distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, etc., a quienes se les presenta la orden del día.

El Director General es el Secretario de la Asamblea, que dirige a todo el personal. Podrán asistir a las sesiones plenarias todos los delegados, suplentes y asesores nombrados por los Miembros, los representantes del Consejo Ejecutivo, los de Miembros Asociados, los observadores, los representantes de territorios en cuyo nombre se haya presentado una solicitud de admisión como Miembros Asociados, así como los representantes invitados de las Naciones Unidas, los representantes de las demás organizaciones intergubernamentales participantes y de las organizaciones no gubernamentales. En estas sesiones plenarias, el jefe de una delegación podrá designar a otro delegado que tendrá derecho a hacer uso de la palabra y a votar sobre cualquier asunto en nombre de su delegación. Estas sesiones serán públicas, a menos que la Asamblea decida lo contrario.

El Presidente nombra una Comisión de Credenciales, que elegirá su Mesa, examinará las credenciales de los delegados de los Miembros y de los representantes de los Miembros Asociados e informará sobre ellas a la Asamblea de la Salud. Cualquier delegado cuya admisión haya suscitado oposición por parte de un Miembro, asistirá provisionalmente a las sesiones con los mismos derechos que los demás delegados hasta que la Comisión de Credenciales haya presentado su informe y la Asamblea de la Salud haya tomado una decisión. La Mesa de la Comisión puede recomendar a la Asamblea de la Salud la aceptación de las credenciales oficiales de los delegados admitidos con credenciales provisionales que ya hayan sido aceptadas por la Asamblea de la Salud.

El Presidente y el Vicepresidente serán elegidos en cada reunión, cargo que ocuparán hasta elegirse sus sucesores. Entre otras atribuciones, el Presidente abrirá y levantará cada sesión plenaria, dirigirá los debates, velará por la aplicación del presente Reglamento, concederá la palabra, pondrá a votación los asuntos y proclamará las decisiones. Puede ser reemplazado por cualquiera de los Vicepresidentes durante una sesión. El Presidente o su eventual reemplazante no votarán, pero, en caso necesario, podrán designar a otro delegado o suplente de su delegación que actuará como delegado de su gobierno en las sesiones plenarias.

La Mesa de la Asamblea de la Salud estará constituida por el Presidente y los Vicepresidentes de dicha Asamblea, los Presidentes de las comisiones principales de la misma, y los delegados elegidos por la Asamblea de la Salud que sean necesarios para constituir una Mesa con un total de veinticinco miembros, pero con sólo un representante por cada delegación. Algunas de las atribuciones de la Mesa de la Asamblea de la Salud

son decidir la fecha y el lugar de celebración y de clausura de todas las sesiones, de las comisiones principales y de las que se constituyan en las sesiones plenarias de la reunión; establecer el orden del día de todas las sesiones plenarias de la reunión; proponer a la Asamblea de la Salud la distribución inicial de los asuntos del orden del día entre las comisiones; informar sobre todas las propuestas de inserción de asuntos suplementarios.

Las Comisiones principales de la Asamblea de la Salud tendrá las siguientes funciones:

- 1-la Comisión A, que se ocupará de preferencia de los asuntos de programa y de presupuesto
- 2- la Comisión B, de los asuntos administrativos, financieros y jurídicos.

Además de éstas, la Asamblea de la Salud podrá constituirse con otras comisiones. Las comisiones, subcomisiones y demás subdivisiones de la Asamblea de la Salud podrán designar entre sus miembros a uno o a varios Relatores, según convenga. Cada Comisión o Subcomisión podrá designar entre sus miembros a uno o a varios Relatores.

El Consejo Ejecutivo designará, entre sus miembros, al representante en la Asamblea de la Salud. Estos podrán asistir a las sesiones plenarias y a las sesiones de la Mesa y de las comisiones principales de la Asamblea de la Salud, y podrán participar sin voto en sus deliberaciones por invitación o con el consentimiento del Presidente de la Asamblea de la Salud o del Presidente de la Mesa o de una comisión principal, según sea el caso

Los representantes de los Miembros Asociados podrán participar en pie de igualdad con los delegados de los Miembros en las sesiones de la Asamblea de la Salud y de sus comisiones principales, pero no tendrán derecho a votar ni a ejercer en ellas cargo alguno; si podrán participar de las demás comisiones y subcomisiones. Los representantes de las Naciones Unidas y los de otras organizaciones intergubernamentales con las que la Organización haya establecido relaciones efectivas podrán participar sin voto en las deliberaciones de la Asamblea de la Salud y en las de sus comisiones principales.

Las propuestas y las enmiendas se presentarán de ordinario por escrito y se entregarán al Director General, que se encargará de que su texto sea distribuido a las delegaciones.

Todas las comisiones presentarán directamente sus informes en sesiones plenarias. Siempre que sea posible, los informes con los proyectos de resolución propuestos por las

comisiones serán distribuidos por lo menos un día antes de la sesión plenaria para que se puedan examinar. Ningún delegado podrá hacer uso de la palabra en la Asamblea de la Salud sin la venia del Presidente, que la dará a los sucesivos oradores por el orden en que la hayan pedido.

Durante la discusión de cualquier asunto, un delegado, un representante de un Miembro Asociado podrá plantear una cuestión de orden, que habrá de ser inmediatamente resuelta por el Presidente, delegado o un representante de un Miembro.

El Presidente dará el derecho de réplica a cualquier delegado o representante de un Miembro Asociado que lo solicite.

Las cuestiones siguientes tendrán precedencia, por el orden que se indica, sobre todas las demás propuestas en la sesión: a) suspensión de la sesión; b) levantamiento de la sesión; c) aplazamiento del debate sobre el punto que se esté discutiendo; y d) cierre del debate sobre el punto que se esté discutiendo.

Un delegado o un representante de un Miembro Asociado podrán pedir que las distintas partes de una propuesta o de una enmienda se pongan a votación por separado.

Cuando se presente una enmienda a una propuesta, se procederá primero a votar la enmienda. Si fueran dos o más enmiendas a una propuesta, la Asamblea de la Salud votará en primer lugar la enmienda que, a juicio del Presidente, se aparte más del fondo de la propuesta primitiva; luego, se pondrá a votación entre las restantes enmiendas.

Cada Miembro de la Asamblea de la Salud tendrá un voto. Las elecciones se celebrarán de ordinario por votación secreta.

Las decisiones de la Asamblea de la Salud con respecto a los asuntos importantes, se votarán con 2/3 de los Miembros presentes y votantes. Se consideran asuntos importantes: la adopción de convenios; la aprobación de acuerdos que, de conformidad con lo previsto en los Artículos 69, 70 y 72 de la Constitución, determinen las relaciones de la Organización con las Naciones Unidas o con organismos u organizaciones intergubernamentales; las reformas de la Constitución; las decisiones sobre el presupuesto efectivo; y la suspensión, de los derechos de voto y de la prestación de servicios a un Miembros.

Los idiomas utilizados en la Asamblea de la Salud serán el árabe, el chino, el español, el francés, el inglés y el ruso. Los discursos pronunciados en un idioma oficial serán interpretados en los demás idiomas.

La Secretaría levantará acta taquigráfica de todas las sesiones plenarias y acta resumida de las sesiones de la Mesa y de las comisiones y subcomisiones, excepción hecha de la Comisión de Credenciales: la única constancia de sus deliberaciones es el informe a la Asamblea de la Salud, salvo decisión expresa en contrario.

Una vez clausurada la reunión, el Director General enviará lo antes posible el texto de todas las actas taquigráficas y resúmenes de todas las resoluciones, recomendaciones y demás decisiones de la Asamblea de la Salud a los Miembros y Miembros Asociados, a las Naciones Unidas y a todos los organismos especializados con los que la Organización tenga relaciones efectivas

La Asamblea de la Salud: a) aprobará el presupuesto de gastos para el ejercicio financiero siguiente, después de examinar el proyecto de presupuesto del Director General y las recomendaciones del Consejo; b) examinará y aprobará, si hubiere lugar y en la cuantía necesaria, las asignaciones de créditos suplementarios para el ejercicio en curso; c) examinará los informes del Comisario de Cuentas sobre el estado de ingresos y gastos correspondientes al año o al ejercicio financiero anterior y tomará sobre el particular las disposiciones que estime oportunas; d) examinará el informe del Director General sobre el pago de las contribuciones de los Miembros y de los Miembros Asociados. No se incluirá en el orden del día ninguna propuesta de revisión de la escala de contribuciones.

De conformidad con los Artículos 18(b), 24 y 25 de la Constitución, se elegirán en cada reunión ordinaria de la Asamblea de la Salud los Miembros facultados para designar las personas que han de formar parte del Consejo Ejecutivo.

La Mesa de la Asamblea, teniendo en cuenta lo dispuesto en el Capítulo VI de la Constitución y en el artículo 98 del presente Reglamento, evaluará las propuestas que los Miembros hayan hecho y las candidaturas presentadas por los Miembros de la Mesa durante la sesión, procederá por votación secreta a la formación de una lista que comprenda como máximo quince Miembros y como mínimo un número de Miembros igual al de puestos por cubrir, que se comunicará a la Asamblea de la Salud por lo menos

veinticuatro horas antes de que ésta se reúna para proceder a la elección anual de Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo.

Con sujeción a lo dispuesto en el artículo 78, la Asamblea de la Salud elegirá en votación secreta a los Miembros facultados para designar personas que formen parte del Consejo entre los candidatos propuestos de conformidad con las disposiciones del artículo 100.

Si un Miembro facultado en virtud de una elección anterior para designar una persona que forme parte del Consejo renunciara por cualquier motivo a su derecho antes de expirar su mandato o lo perdiera en aplicación de lo dispuesto en el artículo 105, la Asamblea de la Salud elegirá en reunión ordinaria otro Miembro facultado para designar una persona que forme parte del Consejo durante el tiempo que falte para completar el periodo en que hubiera podido conservar su derecho el Miembro que lo hubiese perdido o renunciado.

El mandato de los Miembros facultados para designar una persona que forme parte del Consejo empezará inmediatamente después de la clausura de la reunión de la Asamblea de la Salud en que dichos Miembros sean elegidos y expirará inmediatamente después de la clausura de la reunión de la Asamblea de la Salud en que sean reemplazados.

En cumplimiento del Artículo 31 de la Constitución, el Director General será nombrado por la Asamblea de la Salud a propuesta del Consejo y en las condiciones que la Asamblea determine, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 107 a 110 inclusive del presente Reglamento. El mandato del Director General será de cinco años y podrá renovarse una sola vez.

La Asamblea de la Salud examinará en sesión privada la propuesta de nombramiento presentada por el Consejo y tomará una decisión por votación secreta.

Si la Asamblea de la Salud rechazara la propuesta de nombramiento presentada por el Consejo, formulará este último una nueva propuesta en cuanto las circunstancias lo permitan y con la consideración debida a la conveniencia de que la cuestión quede resuelta antes de que se clausure la reunión de la Asamblea de la Salud que se esté celebrando.

El contrato de nombramiento habrá de ser aprobado por la Asamblea de la Salud y lo firmarán conjuntamente el Director General y, en nombre de la Organización, el Presidente de la Asamblea

Si por cualquier circunstancia el Director General se encontrara imposibilitado para ejercer las funciones a su cargo o si éste quedase vacante, actuará como Director General interino el funcionario de más categoría de la Secretaría, sin perjuicio de lo que el Consejo pudiera disponer.

Las peticiones de los Estados para ser admitidos como Miembros de la Organización y las que un Miembro u otra autoridad responsable de las relaciones internacionales de un territorio o grupo de territorios presente, en nombre de ese territorio o grupo de territorios, para que sean admitidos como Miembros Asociados de la Organización, en cumplimiento de los Artículos 6 y 8 de la Constitución, deberán dirigirse al Director General, que sin demora las transmitirá a los Miembros.

La aprobación por la Asamblea de la Salud de una petición de admisión como Miembro será inmediatamente comunicada al Estado que la haya presentado, el cual, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 79 de la Constitución, podrá entonces depositar ante el Secretario General de las Naciones Unidas un instrumento oficial de aceptación de la Constitución y pasará a ser Miembro desde la fecha en que efectúe el depósito.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 73 de la Constitución, los textos de los proyectos de reforma de la Constitución se entregarán al Director General con la antelación suficiente para que pueda comunicarse a los Miembros el texto de los mismos por lo menos seis meses antes de la fecha de apertura de la reunión de la Asamblea de la Salud en que hayan de ser examinados.

En cualquier sesión plenaria de la Asamblea de la Salud podrán aprobarse modificaciones o adiciones al presente Reglamento, siempre que la comisión competente haya presentado un informe sobre las mismas y que la Asamblea de la Salud lo haya examinado (Artículo 120). Sin perjuicio de lo que dispone la Constitución, podrá suspenderse la aplicación de los artículos del presente Reglamento en cualquier sesión plenaria de la Asamblea de la Salud, siempre que se comunique a las delegaciones la propuesta de suspensión por lo menos veinticuatro horas antes de la apertura de la sesión en que haya de presentarse.

En el Reglamento que he presentado se describe el funcionamiento de la OMS. Su análisis es complejo, pero se puede observar que cada una de las funciones estructura pertinentes a esta Organización se hallan claramente explicitadas.

Convenio Básico Entre el Gobierno de la República Argentina Y La Organización Panamericana de la Salud/ /Organización Mundial de la Salud

Estructura organizativa

Capítulo I: De la personalidad y capacidad jurídica: comprende los artículos que van del 1 al 5.

Capítulo II: De los privilegios e impunities de la Organización; contiene los artículos que van del 6 al 13.

Capítulo III: De los privilegios e impunities del personal: presenta el artículo 14.

Capítulo IV: La naturaleza de los privilegios e impunities: abarca los artículos del 19 al 21.

Capítulo V: De las facilidades de viajes: comprende los artículos 22, 23 y 24.

Capítulo VI: De la representación de la Organización. Presenta los artículos 25 y 26.

Capítulo VII: De la solicitud de Cooperación técnica- Presenta los artículos 27 y 28.

Capítulo VIII: De los compromisos de la Organización: 29, 30, 31 y 32. Comprende los artículos 29, 30, 31, 32. Y 33.

Capítulo IX; De los compromisos del Gobierno. Contiene los artículos desde el 34 al 37-.

Capítulo X: Del arbitraje presenta solamente el artículo 38

Capítulo XI; De las disposiciones, Comprende los artículos que van desde el 39 hasta el 43.

Descripción

A través de la Ley Nacional 26.256 se realiza un convenio entre la República Argentina y la OPS. Este convenio es sancionado en el año 2007 donde en términos generales se refiere sobre las relaciones institucionales, privilegios e inmunidades, así como obligaciones entre las partes. En el artículo 3 se le otorga personería jurídica a la OPS. De este modo se la reconoce como Organización Internacional Pública con legislación propia y se la considera como Oficina Regional de la OMS. Además, como Argentina suscribe a la Carta de la OEA, la OPS es considerada un Organismo Especializado.

Al tener esta personería, la OPS se encuentra facultada para celebrar contratos como compra- venta, así como recibir donaciones y poseer muebles e inmuebles.

En los artículos 7 y 8 aclara que la Argentina le garantiza independencia, libertad e inmunidad ante cualquier tipo de procedimiento judicial (embargo, ejecuciones, expropiaciones, etc.) tanto a la Organización como su personal y bienes, a excepción del Director de la OPS renuncie a esta inmunidad para sí, para alguna agente o posesión. Entre otros beneficios en artículo 10 menciona que está exenta de impuestos, y el artículo 11, la habilita a disponer de oro o diversas monedas y realizar transacciones con ellas. Tanto el director como el personal y sus familiares gozaran de la inmunidad como agentes diplomáticos según lo estipulado en el artículo 12 y 15. El motivo de todos estos privilegios se justifican para salvaguardar la independencia en el ejercicio de sus funciones.

Aunque en el artículo 22 indica que la Argentina facilita el visado, los viajes de ingreso o egreso del país de todo el personal de la OPS. En el artículo 24 nos menciona que estas facilidades de viaje de todas maneras estarán sujetas a cuarentenas y reglamentos de Salud.

En el marco de la Cooperación mutua, el país se compromete a ofrecer información a la Organización para que se puedan diseñar planes de trabajo en conjunto. A su vez, la OPS se compromete a ofrecer asesoría o consultoría técnica, capacitaciones, becas de formación fuera o dentro del país, brindar materiales e información científica y tecnológica.

El Gobierno argentino se hará cargo de la ejecución de los programas, mientras que la OPS se hará responsable de los sueldos, dietas y viajes de su personal.

Para concluir, el artículo 38 dispone que, ante cualquier disputa que no sea posible resolver entre las dos partes, se podrá resolver con la conformación de un Arbitraje de tres Actores: uno será la Corte Internacional de Justicia, el siguiente definido por la OPS y el último será seleccionado por la Argentina,

Según mutuamente se acuerde; cooperar con Información científica y tecnológica; y cualquier otra modalidad de cooperación técnica en que puedan convenir el Gobierno y la Organización.

Deseando dar cumplimiento a los términos de las Constituciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud y a las resoluciones de sus Cuerpos Directivos relativas a cooperación técnica;

Con el propósito de determinar los privilegios e inmunidades que el Gobierno concederá a la Organización para facilitar el desempeño de sus funciones y establecer sus responsabilidades.

Estructura organizativa

Capítulo I: De la personalidad y capacidad jurídica: comprende los artículos que van del 1 al 5.

Capítulo II: De los privilegios e impunidades de la Organización; contiene los artículos que van del 6 al 13.

Capítulo III: De los privilegios e impunidades del personal: presenta el artículo 14.

Capítulo IV: La naturaleza de los privilegios e inmunidades: abarca los artículos del 19 al 21.

Capítulo V: De las facilidades de viajes: comprende los artículos 22, 23 y 24.

Capítulo VI: De la representación de la Organización. Presenta los artículos 25 y 26.

Capítulo VII: De la solicitud de Cooperación técnica- Presenta los artículos 27 y 28.

Capítulo VIII: De los compromisos de la Organización: 29, 30, 31 y 32. Comprende los artículos 29, 30, 31, 32. Y 33.

Capítulo IX; De los compromisos del Gobierno. Contiene los artículos desde el 34 al 37-.

Capítulo X: Del arbitraje presenta solamente el artículo 38

Capítulo XI; De las disposiciones, Comprende los artículos que van desde el 39 hasta el 43.

Conclusiones

A partir de todo lo expuesto, se observa la trascendencia protagónica que tiene estas Organizaciones Internacionales en el Campo de la Salud. Se debe recordar que las mismas fueron creadas o impulsadas en un inicio para prevenir pérdidas económicas ante desastres sanitarios que afectaban el comercio y posteriormente en contextos de Post Guerra para encontrar un marco y espacio de conciliación y resolución pacífica de conflictos. Más específicamente en el área de la Salud, las Organizaciones estudiadas como la OMS y la OPS han sido y son de referencia para los Gobiernos, los Pueblos y demás actores con el fin de dar soluciones y lineamientos en Políticas Sanitarias. Aunque se ha evidenciado en ciertos periodos de la historia, como en la década del 80 y 90, que su rol rector se ha reducido en el Campo de la Salud Internacional, quedando relegada por otros Organismos curiosamente no especializados en Salud, muchas veces limitada su acción por falta de recursos por parte de sus Miembros; y luego condicionada o redirigidas sus acciones por actores privados que han donado recursos para fines específicos. Por lo tanto, se debería plantear y poner en discusión o debate sobre la importancia que deben dar los Estados Nación para proveerles de mayores recursos a estos Organismos

Internacionales Especializados en Salud. Los documentos oficiales a los que hicimos referencia constituyen un marco legal imprescindible y rector para regular las conductas humanas de manera diplomática y para plasmar en forma explícita los derechos de los ciudadanos del mundo.

Se considera que la Teoría de Campos de Bourdieu utilizada en este trabajo es pertinente para evidenciar los procesos complejos que dinamizan las relaciones entre los distintos Estados-Nación, Organizaciones Internacionales, Instituciones u otros actores involucrados que presentan diversos intereses y particularidades, que ponen de relieve que este escenario no es neutro, sino resultado de disputas y acuerdo entre las partes que presentan diferentes grados de poder o influencia. Dada estas circunstancias es relevante la participación Comunitaria en la toma decisiones y acciones sobre salud para incidir en este Campo.

En función de la perspectiva del trayecto formativo realizado en esta Especialidad y expresado en este trabajo, es que se debe revalorizar a la salud como un derecho fundamental humano que debe ser garantizado por los Estados y acompañado por otros actores del Campo de la Salud, propiciando una construcción colectiva, pensando en un Sistema Integrado de Salud que pueda dar una respuesta integral a estas cuestiones, respetando la cultura, la idiosincrasia y determinación de los pueblos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Basile G (2018) La salud internacional Sur – Sur: hacia un giro de colonial y epistemológico FLACSO- República Dominicana CLACSO
- 2-Herrero M B y Bertoldo M (2019) salud Internacional y Salud Global; Historia, Conceptos u Perspectivas FLACSO Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Argentina Área Relaciones Internacionales
- 3-Bin A (2011) Reconceptualización de las Relaciones Internacionales: Perspectivas Alentadoras Desde América Latina Rev. Panamericana de Salud 30 (2)
- 4-Orrganización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la salud
Unidad de Recursos Humanos para la Salud e Investigación (H R9 Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) (2013) *Competencias Esenciales en Salud Pública: un marco regional para las Américas* - Washington D C - USA
- 5-Rovére M (2011) *Fortalecer los bloques regionales es el camino para romper la estructura diseñada por los organismos internacionales de crédito que buscan favorecer a los mercados de insumos y equipos sanitarios*. Organismos internacionales de Salud y la Argentina Recuperado de www.Voces enel fénix.com.ar (diciembre 2021)
Organismos Internacionales de Salud y la Argentina. Revista Voces en Facultad de Periodismo y Comunicación
- 6- Llanque Lames G. (2011) Análisis de funcionamiento de programas verticales en servicios de Primer nivel de atención de la red de Cercada. Postgrado en medicina tropical Universidad Mayor de San Simón. Facultad de Medicina de Cochabamba. Bolivia
- 7-OMS (2018) Atención Primaria de la Salud - Más necesaria que nunca Informe sobre la salud Mundial
- 8-Tejada de Rivero D (2003) Alma Ata 25 años después
- 9- Pan American Health Organization (1978) Declaración de Alma – Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978

10-Observatorio Global de Salud Italiano (2008) De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud. Volumen 3, Numero 1. www.medicinasocial.info

11 – Bruno D y Gyerini: Cap II Demonte F, *Comunicación y desarrollo – Aporte para discutir el sentido de las políticas y programas de comunicación para la salud en la sociedad actual* Cultura Y Posdesarrollo: Perspectiva Itineraria Desafíos para La Comunicación Del Cambio Social

12- Guerra de Macedo C (1993) Prólogo del Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud – La Salud Bucal

13-Berlinguer G (2003) La enfermedad – Tendencias sociales. Colección Salud Colectiva Recuperado de <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar> el 24/01/2022

14- López S y Michelli V (2016) Problematizando la salud (libro de Cátedra) EDULP Facultad de Trabajo Social UNLP

15- Ferrara F (1975) En torno al concepto de salud, *Revista de Salud Pública de La Plata-Argentina*, enero – diciembre

16-Valente R (1999) Políticas de Salud – Una verdadera deuda social Entrecomillas Impresiones La Plata

17- Ortega J y Espósito S (2019) Estudios sobre Derecho y Salud Editorial Universidad Nacional de Córdoba -Córdoba

18- Spinelli H (2010) *Las diferencias del campo se la salud en la Argentina*. Salud Colectiva Buenos Aires 6 (3) 275– 293

19- Rovere M, Tesler Y, Kreplak N (2021). La Salud como sistema y como campo. En GollánD; Kreplak N, Garcia E (1ª edición)) *La salud sí tiene su precio: medicamentos, hospitales, pandemias y la necesidad de repensar el sistema sanitario/ compilación* CABA Argentina Siglo XXI Editores

20- Paolini N y Ordiozola J. (2019) Determinantes de Organizaciones ¿Por qué no todas son iguales? Primera parte – Libro de Cátedra Facultad de Ciencias Económicas EDULP La Plata

21- González H E (2010) Organizaciones Sociales como entidades. Definiciones, características e importancia, recursos. Tipos de Organizaciones. Modelos. Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Económicas. Administración I Cátedra C.

22-Fundación Soberanía Sanitaria Sistema Internacional de Salud Argentino

www.soberaniasanitaria.org.ar

23- Cuadernillos Didácticos de Salud Pública / - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2022 - 17 partes : digital TEMA 3 Determinantes y Determinación Social de la Salud PAG 2 <https://biblio.unaj.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=8852>

24- López G S Y Michelli V (2016) recuperado en octubre del 2023 desde Problematizando la salud: Aportes conceptuales y experiencia de trabajo en territorio desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva EDULP

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Bernal Ibarra G (2018) Análisis Documental de la Metodología de Enseñanza Revista electrónica Desafíos educativos N° 04 Agosto

Briggs C.J. Capdegelle P., Garner P (2005). Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medianos y bajos ingresos: efectos sobre la práctica, los costos y los resultados en los pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus No. 2. Oxford (<http://www.update-software.com>)

Constitución de la OMS (2014) en Documentos básicos 48ª edición

Constitución de la OPS. Recuperada de <https://iris.paho.org/handle> el 20/01/2022

Convención de los derechos del niño. Recuperado del 21/01/2022 <https://un.org/evente/childrenday/pdf>

Documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud- Decimonovena edición (2017) Recuperado de <https://www.paho.org/dmdocuments2917> 21 23/01/2022

Ferrandini D. (2011) Algunos Problemas Complejos de Salud Tomado de <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>

Gatti C, Villalba R, Molina G, Alegría H Documento 175. Participación comunitaria en salud –Módulo 7 Salud y participación comunitaria – Salud social y comunitaria- Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación

Informe sobre la salud en el mundo (2008) La función primaria de la salud es más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Suiza

Pegamento L (2018) La atención primaria de la salud desde la propuesta de la OPS / OMS: consideraciones a partir de la lectura de algunos de sus documentos – X Jornada de Sociología de la FaHCE Universidad Nacional de La Plata Recuperado de <http://Jornadasociologia.fahce.unlp.edu.ar> 26/01/2022

Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud (2014), Documentos básicos 48 ed OMS

Testa M. (2020) *Pensar en salud* 1a ed - Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; Salud colectiva; 11) Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-987-4937-65-0

Recuperado en <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/download/12/23/51-2?inline=1> junio de 2023

Yadón Z, Gürtler R, Tobar F, Medici A, (2006) Descentralización y Gestión del Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina. OMS. OPS.